

# INTER-MEMO <sup>ECN</sup>

Fiches de synthèse illustrées

## THERAPEUTIQUE

- ZEROS + MOTS CLES
- GRILLES ECN «TYPES»



tome 1

Collectif

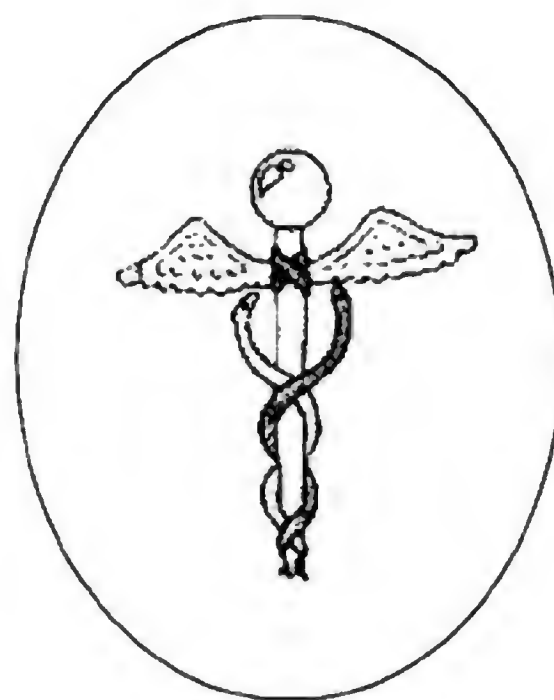
VG

# **INTERNAT - MEMOIRE**

Fiches de synthèse illustrées

## **Thérapeutique 1**

**COLLECTIF**



Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.  
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm,  
bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues  
par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

**Editions Vernazobres-Grego**  
99, bd de l'Hôpital - 75013 PARIS  
Tél : 01 44 24 13 61

ISBN 2-84136-686-3

**Les auteurs se dégagent de toute responsabilité,  
le prescripteur est strictement responsable de ses actes.**

# MATIERES PAR VOLUME



## VOLUME I

- MODULE IV - HANDICAP
- MODULE V - VIEILLISSEMENT
- MODULE VI – DOULEUR ET SOINS PALLIATIFS
- CARDIOLOGIE
- DERMATOLOGIE
- ENDOCRINOLOGIE
- GYNECOLOGIE
- HEMATOLOGIE
- HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
- OPHTALMOLOGIE
- MALADIES INFECTIEUSES

## VOLUME II

- MEDECINE LEGALE
- NEPHROLOGIE
- NEUROLOGIE
- ORL
- ORTHOPEDIE
- PEDIATRIE
- PNEUMOLOGIE
- PSYCHIATRIE
- RHUMATOLOGIE
- SANTE PUBLIQUE
- STOMATOLOGIE
- TOXICOLOGIE
- UROLOGIE





# TABLES DES MATIERES

## **MODULE IV - HANDICAP .....9**

PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT HANDICAPE	12
PRISE EN CHARGE DE L'ADULTE HANDICAPE	12
PREVENTION DES COMPLICATIONS DE L'ETAT GRABATAIRE	13
PRESCRIRE UNE KINESITHERAPIE	14
PRESCRIRE UNE ORTHOPHONIE	14

## **MODULE V - VIEILLISSEMENT.....15**

TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF	17
COXARTHROSE	18
CATARACTE	19
DENUTRITION CHEZ LE SUJET AGE	20
DEMENCE	21
PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE DU SUJET AGE	22

## **MODULE VI - DOULEUR / SOINS PALLIATIFS .....23**

ORDONNANCE MORPHINIQUE	25
RENUTRITION EN SOINS PALLIATIFS	26
PRESCRIPTION MEDICALE DE SOINS PALLIATIFS	27
PRESCRIPTION PARAMEDICALE DE SOINS PALLIATIFS EN AMBULATOIRE	28
EXPLIQUER UNE DECISION DE SOINS PALLIATIFS	29
TUMEURS OSSEUSES ET SOINS PALLIATIFS	30
PREVENIR UN DEUIL PATHOLOGIQUE	31
DOULEUR CHEZ L'ENFANT	31
ANESTHESIE GENERALE	32

## **CARDIOLOGIE .....33**

THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFERIEURS	35
EMBOLIE PULMONAIRE	36
INFARCTUS DU MYOCARDE	37
ANGOR STABLE	40
VALVES CARDIAQUES	41
FIBRILLATION AURICULAIRE	42
INSUFFISANCE CARDIAQUE	43
ANEVRYSME DE L'AORTE ABDOMINALE	44
ENDOCARDITE BACTERIENNE	45
DISSECTION AORTIQUE	46
INSUFFISANCE VEINEUSE / VARICES	46
TORSADE DE POINTES	47
ARRET CARDIO-CIRCULATOIRE	48
CARDIOMYOPATHIES	49

PERICARDITE ET COMPLICATIONS	50
ARTERIOPATHIE OBLITERANTE DES MEMBRES INFERIEURS	51
ISCHEMIE AIGUE DES MEMBRES INFERIEURS	52
HTA ESSENTIELLE / CRISE HYPERTENSIVE / HTA MALIGNE	53
TRAITEMENT D'UNE HTA SECONDAIRE	54
IA / RA / IM	55
ANTICOAGULANTS	56
INTOXICATION A LA DIGOXINE	57
LES POINTS CLES DE LA THERAPEUTIQUE CARDIOLOGIQUE	58

## **DERMATOLOGIE .....59**

DERMATITE ATOPIQUE	61
CONSEILS SUR UN TERRAIN ATOPIQUE	62
ECZEMA DE CONTACT	63
URTICAIRE / ŒDEME DE QUINCKE / CHOC ANAPHYLACTIQUE	64
PSORIASIS	65
ULCERES DE JAMBE	67
CANCER BASO ET SPINOCELLULAIRE	68
MELANOME : SEQUENCE THERAPEUTIQUE	69
ECTOPARASITOSE CUTANEE : GALE ET PEDICULOSE	70
HERPES ORO-GENITAL	71
IMPETIGO	71
FURONCLES	72
ERYSIPELE	72
DERMATOPHYTES	73
CANDIDOSES	73
SYPHILIS	74
GONOCOQUE / CHLAMYDIA	74
ACNE	75
TOXIDERMIE MEDICAMENTEUSE	76

## **ENDOCRINOLOGIE .....77**

DIABETE DE TYPE I	79
DIABETE DE TYPE II	81
COMPLICATIONS CHRONIQUES DU DIABETE	83
COMPLICATIONS AIGUES DU DIABETE	84
OBESITE / DENUTRITION	85
INSUFFISANCE SURRENALE	86
HYPERTHYROIDIE	87
HYPOTHYROIDIE	88
DYSTHYROIDIE A LA CORDARONE <sup>®</sup>	89
CANCER DE LA THYROIDE	90
ADENOME HYPOPHYSIAIRE A PROLACTINE	91
GYNECOMASTIE	92
DYSLIPIDEMIES	92

## **GYNECOLOGIE.....93**

TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF	95
CONSEILS POUR LA GROSSESSE	96
BESOINS NUTRITIONNELS ET GROSSESSE	97
ANTI-EPILEPTIQUES ET GROSSESSE	97
GROSSESSE EXTRA-UTERINE	98
TOXOPLASMOSE	99
MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE	100
SALPINGITE AIGUE	101
ACCOUCHEMENT	102
PREECLAMPSIE	103
GROSSESSE CHEZ LA DIABETIQUE	104
ANTICOAGULANTS ET GROSSESSE	105
HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE	106
INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE	107
ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION PAR FIV	108
CANCER DE L'OVAIRE	109
CANCER DE L'ENDOMETRE	110
CANCER DU COL	111
CANCER DU SEIN	112
DEPISTAGE DES CANCERS DU SEIN ET DU COL	113
CONTRACEPTION	114

## **HEMATOLOGIE.....117**

ANEMIE	119
AGRANULOCYTOSE MEDICAMENTEUSE	120
PURPURA THROMBOPENIQUE IDIOPATHIQUE	121
TRANSFUSION SANGUINE	122
ACCIDENTS DES ANTICOAGULANTS	123
TRAITEMENT DES HEMOPATHIES MALIGNES	124

## **HEPATO-GASTRO.....127**

TRAUMATISME ABDOMINAL	129
SYNDROME OCCLUSIF	130
PERITONITE	131
HERNIE PARIETALE	132
TUMEUR DU COLON ET DU RECTUM	133
SIGMOIDITE DIVERTICULAIRE	135
CIRRHOSE	136
HEPATITE VIRALE	138
HEMOCROMATOSE GENETIQUE	139
PANCREATITE AIGUE	140
PANCREATITE CHRONIQUE ALCOOLIQUE	141
LITHIASE BILIAIRE	142
CONSTIPATION	143
COLOPATHIE FONCTIONNELLE	143
PATHOLOGIE HEMORROIDAIRE	144
ULCERE GASTRO-DUODENAL	144

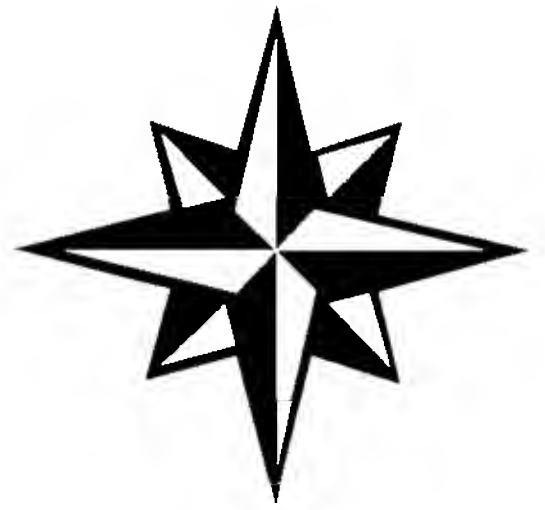


## **OPHTALMOLOGIE.....145**

CATARACTE	147
GLAUCOME CHRONIQUE	148
BAISSE ACUTE VISUELLE BRUTALE	149
ŒIL ROUGE ET DOULOUREUX	151
PATHOLOGIES DES PAUPIERES	152
TROUBLE DE LA REFRACTION	153
STRABISME DE L'ENFANT	154
TRAUMATISME OCULAIRE	155
RETINOPATHIE DIABETIQUE	156

## **MALADIES INFECTIEUSES .....157**

PRISE EN CHARGE DU VIH	159
INFECTION OPPORTUNISTE	160
ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG	162
GRIPPE NON COMPLIQUEE	163
OREILLONS	164
VARICELLE	165
ZONA	166
RAGE	167
PREVENTION DU TETANOS	168
MALADIE DES GRIFFES DU CHAT / LYME / PASTEURELLOSE	169
MENINGITES BACTERIENNES	170
MESURES SI MENINGOCOQUE	171
MENINGO-ENCEPHALITE HERPETIQUE	172
AVANT UN DEPART EN PAYS TROPICAL	173
PALUDISME GRAVE	174
FIEVRE TYPHOIDE	175
AMIBIASE / HYDATIDOSE / OXYURIOSE	176
VACCINATIONS	177
ANTIBIOTIQUES	178



# **MODULE IV**

# **HANDICAP**





# PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT HANDICAPE

Type de prise en charge : multidisciplinaire, coordonnée, adaptée à l'environnement, suivie, empêche une exclusion

Intervenants mis en jeu : médecin, kiné/orthophoniste, psychologue  
CDAPH, MDPH (remplace l'ancienne COTOREP)

Type de prise en charge	1-Multidisciplinaire 2-Coordonnée 3-Adaptée à l'environnement 4-Avec un suivi régulier 5-Avec comme buts principaux : - Limiter un handicap majeur - Empêcher une exclusion
Moyens de prise en charge  Décision prise par la CDES	<u>1-Structures sanitaires avec possibilité d'hébergement :</u> - Hospitalier - Service de rééducation fonctionnelle - MECS (= maisons d'enfants à caractères sanitaires) <u>2-Structures sanitaires sans possibilités d'hébergement :</u> - CAMPS (= centre d'action médico-social précoce) - CMP (= centre médico-pédagogique) - CMPP (= centre médico-psycho-pédagogique) <u>3-Structures médico-éducatives :</u> - IME (= institut médico-éducatif) - IMP (= institut médico-pédagogique) - IEM (= instituts d'éducation motrice) - SESSAD (=service d'éducation spéciale et de soins à domicile) <u>4-Structures éducatives pures :</u> - CLIS (= classe d'intégration scolaire) - UPI (= unités pédagogiques d'intégration) - EREA (= établissements régionaux d'enseignement adapté) - SEGPA (= section d'enseignement général et professionnel adapté) <u>5-Aide sociale et financière :</u> - 100% - AEEH (= allocation d'éducation de l'enfant handicapé) - AJPP (= allocation journalière de présence parentale) <u>6-Puis à l'âge adulte :</u> - CAT (= centre d'aide pour le travail) - IM-Pro (= institut médico-professionnel) - AAH (= allocation adulte handicapé) - Carte invalidité
Intervenants mis en jeu	1-Médecin (pédiatre, psychiatre, neurologue) 2-Kinésithérapeute / orthophoniste 3-Puéricultrice / infirmière 4-Psychologue 5-Ergothérapeute / orthoptiste / psychomotricien 6-Enseignant / éducateur



# PRISE EN CHARGE DE L'ADULTE HANDICAPE

CDAPH, MDPH (remplace l'ancienne COTOREP)

Emploi : AP, CDTD, CAT

Social et financier : carte d'invalidité (si CDAPH ≥ 80%), AAH, aide au logement

Hébergement : foyer d'hébergement

<b>Emploi</b>	1-Milieu ordinaire 2-AP (= atelier protégé) 3-CDTD (= centre de distribution de travail à domicile) 4-CAT (= centre d'aide pour le travail)
<b>Social et financier</b>	1- Carte d'invalidité (si CDAPH ≥ 80%) 2- Macaron grand invalide civil 3- AAH (= allocation adulte handicapé) 4- Majoration pour vie autonome <u>OU</u> Complément de ressources 5- Prestation de compensation du handicap (PCH) 6- Aide au logement : <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ALS (= aide au logement à caractère social)</li> <li>▪ APL (= aide personnalisée au logement)</li> <li>▪ ALF (= allocation logement à caractère familial).</li> </ul> 7- Affectation à l'assurance vieillesse systématique (= passage direct à la « retraite au titre d'invalidité »). 8- Carte de priorité pour personne handicapée
<b>Hébergement</b>	1-Foyer d'hébergement 2-Foyer de vie ou occupationnel 3-Maison d'accueil spécialisée

# PREVENTION DES COMPLICATIONS DE L'ETAT GRABATAIRE

Cardiovasculaire : HBPM, bas de contention

Cutané : nursing : matelas spécifique, changement de position, pas de massage des points de compression

Pulmonaire : kinésithérapie

Digestive : prévention de la dénutrition

Douleur : antalgique OMS (paliers I à III) ; évaluation de la douleur (EVA)

Métabolique : régime hyper calorique et hyper protidique ; hydratation

Psychologique : soutien psychologique

<b>Cardiovasculaire</b>	1-Thromboses : -Mobiliser les membres -HBPM -Bas de contention 2-Hypotension orthostatique : -Eviter médicaments hypotenseurs -Réadaptation à l'orthostatisme (lever en plusieurs phases) -Bas de contention
<b>Cutané</b>	1-Bonne nutrition et bonne hydratation 2-Nursing : -Matelas spécifique -Changement de position -Pas de massage des points de compression 3-Bonne hygiène locale 4-Education du patient
<b>Neurologique</b>	-Mobilisation des membres
<b>Pulmonaire</b>	-Kinésithérapie -Vaccin anti-grippal -Eviter les antitussifs
<b>Digestive</b>	-Prévention de la dénutrition -Bonne hydratation -Bassin régulier et dépistage d'un fécalome ± laxatifs
<b>Urinaire</b>	-Traiter une infection urinaire si symptomatique -Traiter toute incontinence -Sonder tout globe
<b>Locomoteur</b>	-Mobilisation passive et active précoce -Mise au fauteuil -Bilan phospho-calcique
<b>Douleur</b>	-Antalgique OMS (paliers I à III) -Evaluation de la douleur (EVA)
<b>Métabolique</b>	-Régime hyper calorique et hyper protidique -Hydratation -Pas d'aliments anorexigènes
<b>Psychologique</b>	-Eliminer une cause organique -Soutien psychologique -Limiter les psychotropes

# PRESCRIRE UNE KINESITHERAPIE

Forme de la prescription médicale

Contenu de la prescription médicale : urgent ; « Bilan et rééducation de... articulations, Dans le cadre de... pathologie actuelle » ; contre-indications

## 1-Forme de la prescription médicale

Médecin : nom, fonction, numéro de Siret, cachet, signature

Patient : nom, prénom

Lieu, date

+/- Ordonnance à 100%

+/- Entente préalable à la Sécurité Sociale (par le kiné)

## 2-Contenu de la prescription médicale

Caractère urgent

« Bilan et rééducation de... articulations en cause

Dans le cadre de... pathologie actuelle »

Le kiné fixe la durée et le nombre de séance

Lieu : domicile, centre, piscine

Buts (en respectant le secret médical)

Contre-indications

Social : 100%, accident du travail

**NB** : pour un bonus, récupérez les phrases clés dans le JO n°231 du 5 octobre 2000 page 15763 titre XIV

# PRESCRIRE UNE ORTHOPHONIE

Forme de la prescription médicale

Contenu de la prescription médicale : « Bilan orthophonique », « Avec rééducation si nécessaire » ; « Dans le cadre de... »

## 1-Forme de la prescription médicale

Médecin : nom, fonction, numéro de Siret, cachet, signature

Patient : nom, prénom

Lieu, date

+/- Ordonnance à 100%

+/- Entente préalable à la Sécurité Sociale (par l'orthophoniste)

## 2-Contenu de la prescription médicale

« Bilan orthophonique »

« Avec rééducation si nécessaire »

« Dans le cadre de... »

**NB** : pour un bonus, récupérez les phrases clés dans le JO n°231 du 5 octobre 2000 page 15763 titre XIV



# MODULE V

# VIEILLISSEMENT







# TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF

Contre-indications : antécédents de cancer du sein, cancer de l'endomètre, thrombo-emboliques

Méthode de mise en place : glycémie à jeun, cholestérol, triglycérides, mammo bilatérale et comparative, frottis cervico-vaginaux ; œstrogènes naturels associées à progestatifs ; surveillance

<b>Contre-Indications</b>	1-Antécédents de cancer du sein 2-Antécédents de cancer de l'endomètre 3-Antécédents thrombo-emboliques 4-Insuffisance hépatocellulaire 5-Tumeur hypophysaire 6-Relative (LEAD, diabète, HTA, dyslipidémie)
<b>Méthode de mise en place</b>	1-Expliquer, informer et <b>proposer</b> 2-Après bilan pré-thérapeutique : -Clinique : complet, TA, gynéco -Paraclinique : <b>Glycémie à jeun</b> <b>Cholestérol, triglycérides</b> <b>Mammo bilatérale et comparative</b> <b>Frottis cervico-vaginaux</b> 3- <b>Œstrogènes naturels associées à progestatifs</b> (sauf si hystérectomie : œstrogènes seuls) 4-Schéma avec ou sans règles 5- <b>Surveillance</b> de la tolérance et de l'efficacité du traitement -Clinique : Surdosage = poids, nausées, règles, tension mam Sous-dosage = syndrome climatérique Examen complet, notamment gynéco -Paraclinique : Mammographie (/2 ans, jusqu'à 74 ans) FCV (/2 ans, jusqu'à 65 ans) Gly, cholest, trygly (à 3 mois puis à 6 mois)
<b>Information du patient : (ANAES 11 mai 2004)</b>	1- <b>Information objective</b> sur : -Médicament -Indications -Contre-indications -Effets indésirables -Durée limitée -Surveillance -Claire, précise, compréhensible -Rapport bénéfice/risque 2-Type : -Œstroprogestatif -Œstrogène si patiente hystérectomisée 3- <b>Bénéfices</b> : -Efficace sur : Syndrome climatérique Fractures ostéoporotiques -Non efficace sur : Démence Troubles cognitifs 4- <b>Risques</b> : -Cancer du sein -Thrombo-embolique -Pas de risque de cancer de l'endomètre (sauf si œstrogène seul) -Baisse le risque de cancer colo-rectal

# COXARTHROSE

Economie articulaire ; kiné

AASL ; antalgiques

Chirurgie préventive à discuter; prothèse totale de hanche

Education de la patiente si PTH

## 1-Traitement physique

Education de la patiente pour **économie articulaire** : repos, régime si surpoids, sport limité et non traumatique, béquillage avec canne du côté sain, adaptation du poste de travail

Kiné douce : apprentissage du pas simulé, auto-rééducation, rééducation musculaire et proprioceptive, lutte contre le fessum

Balnéothérapie

## 2-Traitement médicamenteux

Traitement de fond : discuter des **AASL** (anti-arthrosique symptomatique d'action lente : type Chondrosulf®)

Traitement des poussées congestives : **antalgiques**, AINS, infiltration de corticoïdes (ou injection d'acide hyaluronique), décharge

## 3-Traitement chirurgical

**Chirurgie préventive** dans une dysplasie coxo-fémorale :

Insuffisance cotyloïdienne pure : butée cotyloïdienne

Coxa valga : ostéotomie de varisation

**Chirurgie curative** :

Indice de Lequesne  $\geq 12$  : arthroplastie par **prothèse totale de hanche**

## 4-Education de la patiente si PTH

Mesures spécifiques les deux premiers mois

Economie prothétique permanente

Complications : descellement, infection, luxation

Prévention d'une luxation : pas de flexion + adduction + rotation interne

Prévention d'une infection : traitement précoce de toute infection, pas d'IM homolatérale

## 5-Surveillance

Clinique : douleurs, EVA, quantité d'antalgiques, **périmètre de marche**, indice algo-fonctionnel de **Lequesne**, poussées inflammatoires, reprise de l'éducation de la patiente

Paraclinique : Rx de hanches bilatérales et comparatives

# CATARACTE

Extraction extra-capsulaire par phakoémulsification ; correction de l'aphakie par un implant intra-oculaire de chambre postérieure

## I-INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Baisse d'acuité visuelle significative avec retentissement fonctionnel  
Surveillance rétinienne indispensable (diabète)

## II-TRAITEMENT CHIRURGICAL

### 1-Mise en condition

Après bilan pré-opératoire  
Après éradication de tous les foyers infectieux  
Sous anesthésie locale

### 2-Chirurgie ophtalmologique

Incision cornéenne  
Extraction extra-capsulaire par phakoémulsification  
Correction de l'aphakie par un implant intra-oculaire de chambre postérieure  
± Suture

### 3-Mesures associées

Coque oculaire protectrice transparente  
Arrêt de travail d'une semaine (rarement étant donné l'âge de survenue !)

### 4-Surveillance clinique à J1, J5, J15



# DENUTRITION CHEZ LE SUJET AGE

Traitement étiologique

Réalimentation orale progressive : protéines ; hautes valeurs énergétiques ; compléments nutritionnels ; plaisir

Soutien psychologique

1-Traitement étiologique (cancer, dépression)

2-Réalimentation orale progressive

Hyper calorique

Equilibré : 50% glucides, 30% lipides, 20% protides

**Protéines : hautes valeurs énergétiques**

Hydratation

Vitamines et minéraux

**Compléments nutritionnels**

Allier le plaisir

3-Soutien psychologique

4-Surveillance par médecin et diététicien

(fiche alimentaire, apports, **MNA**, poids, albumine et pré-albumine)

MNA = Mini Nutritional Assesement

# DEMENCE

## PRISE EN CHARGE GENERALE D'UNE DEMENCE

Kinésithérapie, orthophoniste, atelier mémoire

Prise en charge sociale et financière : privilégier le maintien à domicile ; protection des biens : tutelle ou curatelle, prise en charge à 100%, aides financières (APA, APL)

## TRAITEMENT SPECIFIQUE DE LA MALADIE D'ALZEHMER

Anticholinestérasique : Aricept® (Donepezil) : doses progressives ; ralentit ; échappement à long terme

Traitement antidépresseur si besoin

## I-PRISE EN CHARGE GENERALE D'UNE DEMENCE

<b>Prise en charge paramédicale</b>	1-Kinésithérapie : -« Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien à domicile de la personne âgée » 2-Orthophoniste : -« Bilan avec rééducation si nécessaire dans le cadre du maintien et de l'adaptation des fonctions de communication dans les lésions dégénératives cérébrales » 3-Ergothérapie 4-Psychologue 5-Atelier mémoire 6-IDE
<b>Prise en charge sociale et financière</b>	1-Habitat : -Privilégier le maintien à domicile -± Institution au stade terminal 2-Financier : -Protection des biens : tutelle ou curatelle -Prise en charge à 100% -Aides financières (APA, APL) 3-Soutien humain : -Famille -Aide ménagère 4-Précautions : attention au gaz, à la conduite...
<b>Prise en charge de l'entourage</b>	1-Soutien psychologique 2-Aide humaine à domicile 3-Centre de jour / séjour vacances

## II-TRAITEMENT SPECIFIQUE DE LA MALADIE D'ALZEHMER

### 1-Anticholinestérasique : Aricept® (Donepezil)

Doses **progressives** par paliers de 1 mois (5 puis 10 mg/j)

Prescrit par un neurologue, gériatre ou psychiatre

Avec information du malade et de la famille :

Pas de traitement curatif

Ralentit la progression de la maladie

Possible échec

**Echappement à long terme**

Peu d'effets secondaires (nausées, douleurs rhinorrhées...)

Vérifier l'ECG :risque de troubles de conduction

± Associer du Motilium®

### 2-Traitement antidépresseur si besoin

### 3-Surveillance par une consultation avec un spécialiste/an (MMS et poids)

# PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE DU SUJET AGE

Aides humaines : aide à domicile, aide ménagère

Aides paramédicales

Aides matérielles : portage des repas à domicile, téléalarme ; PACT, ergothérapeute ; lit médicalisé, fauteuil roulant, déambulateur, cannes anglaises

Aides financières : aide personnalisée à l'autonomie ; aide au logement ; protection des biens

<b>Aides humaines</b>	1-Aide à domicile (ex. auxiliaire de vie) 2-Garde malade 3-Aide ménagère : - Demande : auprès du CCAS - Financée : patient, mutuelles, caisses de retraite complémentaire, caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, APA
<b>Aides paramédicales</b>	1-Kinésithérapeute 2-Orthophoniste 3-Infirmière diplômée d'état 4-Psychologue 5-Ergothérapeute
<b>Aides matérielles</b>	1-Services municipaux (par le CCAS) : - Portage des repas à domicile - Téléalarme 2-Aménagement de l'habitat (par la PACT) : - Ergothérapeute 3-Matériel spécifique (par la SS) : - Lit médicalisé, fauteuil roulant - Déambulateur, cannes anglaises
<b>Aides financières</b>	1-Aide personnalisée à l'autonomie : - Selon la grille AGGIR 2-Aide au logement type APL 3-Protection des biens : curatelle ou tutelle

CCAS : Centre Communal d'Action Sanitaire et sociale

PACT : Protection Amélioration Conservation

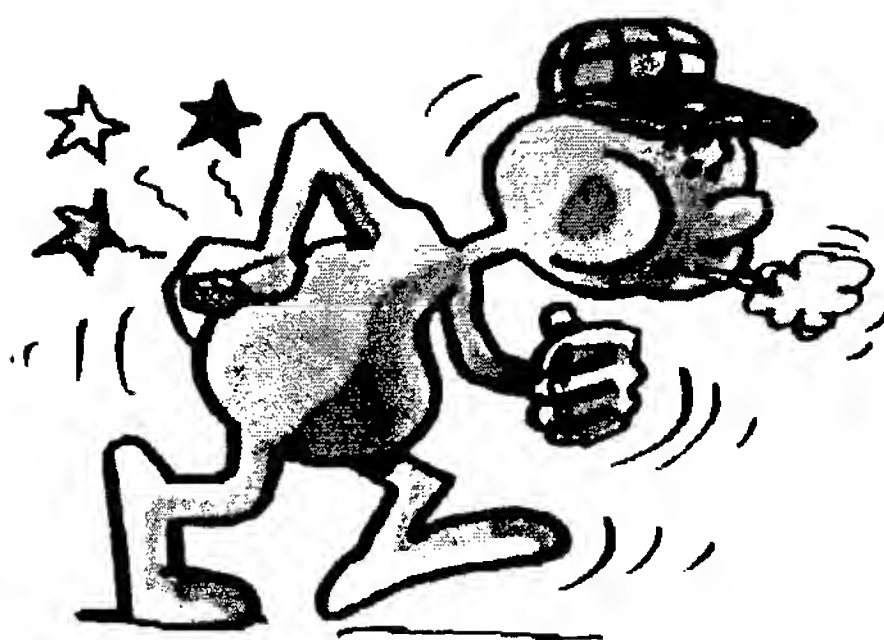
SS : Sécurité Sociale



# **MODULE VI**

# **DOULEUR / SOINS**

# **PALLIATIFS**





# ORDONNANCE MORPHINIQUE

Skénan LP® 30 mg  
Actiskénan® 10 mg  
Duphalac®  
Motilium®  
Ordonnance sécurisée, en toutes lettres

Nom du médecin  
Fonction  
N° de Siret

Lieu et date,

Nom et prénom du patient

**1-Skénan LP® 30 mg :**

Une gélule de trente milligrammes le matin et une le soir  
Par voie orale  
Pendant vingt-huit jours  
Soit cinquante-six gélules

**2-Actiskénan® 10 mg :**

Si à coups douloureux  
Une gélule de dix milligrammes toutes les six heures

**3-Duphalac® :**

Trois sachets par jour

**4-Motilium® :**

En cas de nausées  
Un comprimé de 45 mg avant la prise de Skénan®

Signature  
Cachet

4

Règles de sécurité :

Ordonnance **sécurisée**, nombre de médicaments en bas à droite  
Ecrit en toutes lettres



# RENUTRITION EN SOINS PALLIATIFS

Bilan de l'état buccal

Soins de bouche

Stimuler la prise alimentaire

Alimentation par voie orale : hyper calorique et hyper protidique, hydratation

Surveillance clinique et biologique (pré-albumine, albumine)

## 1-Bilan de l'état buccal

Bilan entrées et sorties

Capacité à la déglutition et à la mastication

Recherche de mycose

## 2-Soins de bouche

## 3-Stimuler la prise alimentaire

Après évaluation de l'appétence personnelle

Priorité plaisir et confort du patient

Soutien psychologique

Traitement de la douleur

## 4-Alimentation par voie orale

Nutrition hyper calorique et hyper protidique

Complément nutritionnel

Hydratation

Pas d'alimentation par voie invasive

## 5-Surveillance clinique et biologique (pré-albumine, albumine)

# PRESCRIPTION MEDICALE DE SOINS PALLIATIFS

Nursing : matelas anti-escarre, mise au fauteuil précoce

Digestif : soins de bouche, hydratation (orale  $\pm$  hypodermoclyse), alimentation équilibrée

Respiratoire si dyspnée : fibro-aspiration, kinésithérapie, Scopolamine<sup>®</sup>, corticoïde

Agitation : rassurer, anxiolytiques, Risperdal<sup>®</sup>

Psychologique : écoute et relation d'aide, patient et famille, suivi

<b>Nursing</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Matelas anti-escarre</li> <li>-Mise au fauteuil précoce</li> <li>-Kinésithérapie</li> <li>-Soins d'une éventuelle escarre de façon non invasive (cf.)</li> <li>-Toilette journalière</li> </ul>
<b>Digestif</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Soins de bouche : <ul style="list-style-type: none"> <li>-Nettoyer</li> <li>-Bicarbonate de sodium + Fungizone<sup>®</sup></li> <li>-Xylocaïne<sup>®</sup> si douleur</li> </ul> </li> <li>-Hydratation (orale <math>\pm</math> hypodermoclyse)</li> <li>-Alimentation équilibrée</li> <li>-Si vomissements : Pimpéran<sup>®</sup></li> <li>-Si constipation : Duphalac<sup>®</sup></li> </ul>
<b>Respiratoire si dyspnée</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Fibro-aspiration</li> <li>-Kinésithérapie</li> <li>-Scopolamine<sup>®</sup></li> <li>-Corticoïde</li> <li>-Morphine</li> <li>-Anxiolytiques</li> <li>-Oxygénothérapie</li> </ul>
<b>Rétention aiguë d'urine</b>	Sondage urinaire
<b>Agitation</b>	Rassurer, anxiolytiques, Risperdal <sup>®</sup>
<b>Psychologique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ecoute et relation d'aide</li> <li>-Patient et famille</li> <li>-Evaluer la souffrance, les désirs, l'anxiété</li> <li>-Assurer le suivi</li> <li>-Dépister une dépression</li> </ul>

# PRESCRIPTION PARAMEDICALE DE SOINS PALLIATIFS EN AMBULATOIRE

Base de la prise en charge ambulatoire : HAD, réseau de soins palliatifs, médecin référent, multidisciplinaire, 100%

Avec ordonnances : infirmière diplômée d'état ; kinésithérapie ; matériel médicalisé ; psychologue ; aide à domicile

## 1-Base de la prise en charge ambulatoire

En hospitalisation à domicile (HAD)

Réseau de soins palliatifs

Avec un médecin référent

Multidisciplinaire (médico-socio-psychologique)

100%

Avec surveillance régulière

## 2-Avec ordonnances

<b>Infirmière diplômée d'état</b>	-Toilette -Administration des traitements -Alimentation par sonde -Soins d'escarre
<b>Kinésithérapie</b>	-Mobilisation passive et active -Entretien de la force musculaire -Lutte contre les rétractions tendineuses -Drainage thoracique selon encombrement
<b>Matériel médicalisé</b>	-Lit anti-escarre -Pieds à perfusion
<b>Psychologue</b>	-Ecoute et relation d'aide -Patient et famille -Evaluer la souffrance, les désirs, l'anxiété -Assurer le suivi -Dépister une dépression
<b>Aide à domicile</b>	-Plateau repas -Aide ménagère

# EXPLIQUER UNE DECISION DE SOINS PALLIATIFS

Lieu : en consultation ou dans une chambre

Langage

Information délivrée : claire, loyale et appropriée, progressive, projet thérapeutique générateur d'espoir

Soutien psychologique

Revoir le patient quelques heures après

## 1-Lieu

En consultation ou dans une chambre

## 2-Langage

Simple et compréhensible

## 3-Information délivrée

Information claire, loyale et appropriée

De façon progressive

Projet thérapeutique générateur d'espoir

Etre très précis sur les événements immédiats

## 4-Soutien psychologique

Avec empathie

Ecouter et laisser exprimer ses émotions

Soutien patient et famille

Assurer le confort du patient

## 5-Revoir le patient quelques heures après

# TUMEURS OSSEUSES ET SOINS PALLIATIFS

Traitement palliatif : multidisciplinaire et global ; famille et patient ; staff multidisciplinaire

Traitement antalgique (EVA)

Mesures physiques en fonction de la localisation : décharge, corset rigide, kinésithérapie

## 1-Traitement palliatif

Prise en charge multidisciplinaire et globale

Désir de la famille et du patient

Avec médecin, psychologue, kinésithérapeute

Staff multidisciplinaire

## 2-Traitement antalgique (évaluation de la douleur = EVA)

Antalgique : paliers OMS I, II, III

Co-analgésique : corticoïdes, AINS

Douleur neurologique : antidépresseurs tricycliques, neuroleptiques

## 3-Traitement spécifique

Radiothérapie

Chimiothérapie

Hormonothérapie

Biphosphonates

## 4-Mesures physiques en fonction de la localisation

Décharge

Corset rigide

Kinésithérapie

Vertébroplastie

# PREVENIR UN DEUIL PATHOLOGIQUE

Adulte : verbalisation et expression des émotions, psychothérapie de soutien  
Enfant :  
Expliquer clairement à l'enfant : qu'il n'est pas responsable, qu'il n'est pas en danger de mourir ; le faire participer activement, laisser s'exprimer l'enfant, éviter le sentiment de culpabilité

Adulte	<ul style="list-style-type: none"><li>-Verbalisation et expression des émotions</li><li>-Ne pas tenter de consoler à tout prix</li><li>-Psychothérapie de soutien</li><li>-Association d'aide et groupe de parole</li><li>-Rarement traitement antidépresseur</li></ul>
Enfant	<ul style="list-style-type: none"><li>-Expliquer clairement à l'enfant :<ul style="list-style-type: none"><li>-Qu'il n'est pas responsable</li><li>-Qu'il n'est pas en danger de mourir</li><li>-Qu'il doit continuer à s'occuper de lui</li><li>-Qu'il doit continuer à aimer le décédé</li></ul></li><li>-Le comportement à adopter envers l'enfant est :<ul style="list-style-type: none"><li>-Le faire participer activement</li><li>-Laisser s'exprimer l'enfant</li><li>-Eviter le sentiment de culpabilité</li><li>-Evaluer le changement de mode de vie</li><li>-Surveiller l'apparition de complications</li></ul></li></ul>

# DOULEUR CHEZ L'ENFANT

Type de douleur :  
Nociceptive : paracétamol  
Neuropathique  
Gestes invasifs : EMLA®, protoxyde d'azote

Type de douleur	Propositions thérapeutiques
Nociceptive	<ul style="list-style-type: none"><li>-Paracétamol</li><li>-Codéine</li><li>-Morphinique</li></ul>
Neuropathique	<ul style="list-style-type: none"><li>-Composante continue : antidépresseurs tricycliques</li><li>-Composante fulgurante : antiépileptiques</li></ul>
Gestes Invasifs	<ul style="list-style-type: none"><li>-Crème EMLA®</li><li>-Inhalation de protoxyde d'azote</li><li>-Prise en charge gestuelle</li><li>-Sirop Canadou® en maternité (anecdotique)</li></ul>

# ANESTHESIE GENERALE

Médicaments : hypnotiques, morphiniques, curare

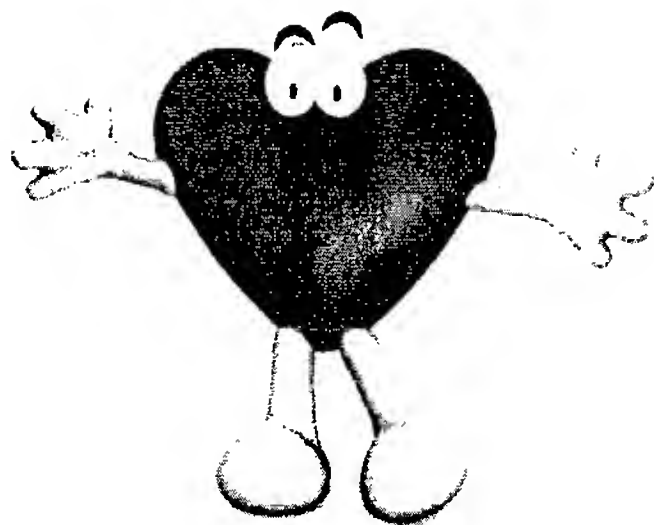
Etapes : induction, maintien, intubation-ventilation assistée

<b>Médicaments</b>	<b>1-Hypnotiques</b> (Nesdonal® : thiopental) -Perte de connaissance -Amnésie rétrograde <b>2-Morphiniques</b> (Fentanyl® : fennyl) -Analgésie <b>3-Curare</b> (Pavulon® : pancuronium) -Relâchement musculaire
<b>Etapes</b>	<b>1-Induction</b> <b>2-Maintien</b> <b>3-Intubation-ventilation assistée</b> <b>4-Surveillance :</b> -Hémodynamique -Respiratoire -Profondeur de l'anesthésie





# CARDIOLOGIE





# THROMBOSE VEINEUSE PROFONDE DES MEMBRES INFÉRIEURS

**TRAITEMENT CURATIF PAR ANTICOAGULANTS :** Lovénox® en SC, à dose curative par 2 injections/j de 100 U/kg + anti-vitamine K, dès J0, 3 mois  
**TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE :** bas à varices  
**SURVEILLANCE:** NFS, plaquettes, INR  
**Mesures préventives :** mobilisation, lever précoce

## I-MISE EN CONDITION

Hospitalisation  
Repos au lit strict (2 j), jambes surélevées, avec arceaux  
Arrêt d'un facteur favorisant (OP)

## II-TRAITEMENT CURATIF PAR ANTICOAGULANTS

Héparine de bas poids moléculaire :

Lovénox® en SC  
A dose curative par 2 injections/j de 100 U/kg  
A arrêter quand équilibration des AVK

### **Antivitamine K**

Relais précoce à commencer dès J0  
INR à 48 h et 72 h après toute modification de dose  
Avec pour but  $2 < \text{INR} < 3$   
Durée de 3 mois  
Carnet et éducation du patient

Interruption de la veine cave limitée à certaines indications

Echec sous traitement anticoagulant bien conduit  
CI autre à l'héparine avec une thrombose proximale

## III-TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

Antalgiques  
Bas à varices quand lever autorisé (après 2 j)

## IV-SURVEILLANCE TOLERANCE ET EFFICACITE DU TRAITEMENT

Clinique :

Circonférence du mollet  
Local (douleur, chaleur, ballotement, Homans)  
Général (signes d'embolie pulmonaire)

Paraclinique :

NFS, plaquettes  
INR à 48 h et 72 h après toute modification de doses  
Puis INR/15 j puis /mois

### **Mesures préventives**

Contention élastique si facteur de risque  
Mobilisation des membres inférieurs et lever précoce si alité  
HBPM à doses préventives selon (Lovénox® : 1 SC de 0,4 mL)

# EMBOLIE PULMONAIRE

## EMBOLIE PULMONAIRE NON GRAVE

Anticoagulation : HBPM, anti-vitamine K dès J0

Bas à varice

Surveillance tolérance et efficacité du traitement

## SI EMBOLIE PULMONAIRE GRAVE, AJOUTER

USI

Anticoagulation par HNF

Traitement d'un choc

Traitement d'une détresse respiratoire aiguë

Traitement spécifique si état de choc : si absence de CI à la thrombolyse = thrombolyse ; et si CI à la thrombolyse = embolectomie chirurgicale

## I-EMBOLIE PULMONAIRE NON GRAVE

### 1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation en médecine

Repos au lit strict jusqu'à 24 h d'anticoagulation efficace

Oxygénothérapie adaptée à la saturation

### 2-Anticoagulation

**HBPM**

Innohep® 175 U/kg/j en 1 SC

**Antivitamine K**

Relais précoce à commencer dès J0

INR à 48 h et 72 h après toute modification de dose

Avec pour but  $2 < \text{INR} < 3$

Durée de 6 mois

Carnet et éducation du patient

### 3-Bas à varice (lors du lever à J2), traitement étiologique (CI au OP)

### 4-Surveillance tolérance et efficacité du traitement

Clinique : cste, cardio-pulmonaire, mollets, ECG

Paraclinique : NFS, plq, TCA, INR, Rx de thorax, GDS, scinti V+P

## II-SI EMBOLIE PULMONAIRE GRAVE, AJOUTER

### 1-Hospitalisation en USI

### 2-Anticoagulation par HNF 500 U/kg/j IVSE après bolus de 5 000 U (CI HBPM)

### 3-Traitement d'un choc (macromolécules, dobutamine)

### 4-Traitement d'une détresse respiratoire aiguë (O2 fort débit, IVA)

### 5-Traitement spécifique si état de choc

Absence de CI à la thrombolyse	Thrombolyse IV
CI à la thrombolyse	Embolectomie chirurgicale sous CEC Interruption de la VCI par filtre endocave (dans un 2 <sup>ème</sup> temps)

**NB : interruption de la VCI par filtre endocave si :**

CI aux anticoagulants

Récidive sous traitement bien conduit

CPC post-embolique avec embolies répétitifs

# INFARCTUS DU MYOCARDE

## PHASE AIGUE

### USIC

Aspirine, HNF,  $\beta$ -bloquant

Revascularisation : angioplastie primaire, fibrinolyse

Angioplastie : Réopro<sup>®</sup> 24 h, coro, dilatation, stent, Plavix<sup>®</sup>

Surveillance : scope, TA, FC, TCA, enzymes

### TRAITEMENT DE SORTIE

Règles hygiéno-diététiques (correction des FDR CV) : tabac

Ordonnance type : 100% : Kardegic<sup>®</sup>, Zocor<sup>®</sup>, Ténormine<sup>®</sup>, Trilatec<sup>®</sup>, Plavix<sup>®</sup>, Natispray<sup>®</sup>

Rééducation

### COMPLICATIONS DE L'IDM

Infarctus du VD

Insuffisance cardiaque gauche

Choc cardiogénique

Communication inter-ventriculaire

BAV III

Péricardite

Anévrysme ventriculaire

### CI DE LA THROMBOLYSE :

Ulcère, chirurgie, HTA maligne, AVC, hémostase, 70 ans, péricardite, endocardite, DA, grossesse

## I-PHASE AIGUE

### 1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation en USIC, repos au lit

Oxygène, scope cardio-tensionnel, 1 vvp

### 2-Traitement médicamenteux

Aspirine	-250 mg
HNF	-500 UI/kg/j IVSE -pour $2 < TCA < 3$
$\beta$ -bloquant (Ténormine <sup>®</sup> )	-si FC $> 60$ -100 mg/j IVL (et relais per os) -si CI formelle : Pas de $\beta$ -bloquant Inhibiteur calcique type Isoptine <sup>®</sup>
Trinitrine (Lénital <sup>®</sup> )	-CI si IDM droit ou basal -si Pas $> 100$ mmHg -mg par mg IVSE à adapter à la TA ( $\geq 100$ mmHg)
Anxiolytique (Tranxene <sup>®</sup> )	
Antalgiques	

3-Revascularisation en urgence

	Angioplastie primaire	Fibrinolyse
Indications	En 1 <sup>ère</sup> intention si plateau technique disponible	1-Pas de plateau technique à - d'1 h 2-Pas de CI 3-IDM confirmé (clinique et ECG)
Mode	1-Réopro <sup>®</sup> 24 h (anti-GpIIb/IIIa) 2-Coronarographie 3-Dilatation au ballonnet 4-Pose de stent 5-Plavix <sup>®</sup> 6-Scinti myocardique d'effort à 6 m	1-RtPA (Actilyse <sup>®</sup> ) 2-Efficacité jugée sur la présence d'un sd de reperfusion : - cli : ↓ douleur (ou ↑ initiale) - ECG : ↓ sus-déc ST (ou ↑ initiale) RIVA, autres T du RV - bio : pic précoce de CPK 3-Scinti myocardique au Th à J7 : - de repos : viabilité ? - d'effort : ischémie ? 4-Coronarographie à but : - diagnostique - thérapeutique : revascularisation

4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : scope, TA (nitro), FC (β-bloquant), douleurs, diurèse

Paraclinique : TCA (HNF), NFS, plaquettes, ECG, enzymes cardiaques, Rx de thorax, écho cardiaque

II-TRAITEMENT DE SORTIE

1-Règles hygiéno-diététiques (correction des FDR CV)

Arrêt du tabac

Correction d'un surpoids

Equilibration TA

Equilibre glycémique

Dyslipidémie : régime

Statines systématiques en prévention secondaire

2-Ordonnance type : 100%

Médecin : nom, fonction

Date et lieu

Patient : nom, prénom

-Kardegic<sup>®</sup> : 160 mg/j

-Zocor<sup>®</sup> : 1 cp/j

-Ténormine<sup>®</sup> : 1 cp/j (100 mg/j)

-Triatec<sup>®</sup> : 1 cp/j si dysfonction VG

-Plavix<sup>®</sup> : 1 cp/j

-Natispray<sup>®</sup> : -2 bouffées sublinguales si douleur typique  
-consulter au décours de la douleur

-En cas d'urgence, appeler le 15

Qsp 1 mois

Signature et cachet

**3-Mesures associées**

- Arrêt de travail 1 mois
- Prise en charge à 100%
- Rééducation cardiaque à l'effort
- Reclassement professionnel si besoin

**4-Surveillance de l'efficacité du traitement et de la survenue de complications**

- RECHERCHE d'un risque **rythmique (à 2 sem) : holter ECG et PTV**
- Contrôle des facteurs de risque
- Echo cardiaque et ECG/6 m
- Scinti myocardique d'effort à 6 m (recherche de resténose)

**III-COMPLICATIONS DE L'IDM**

<b>Infarctus du VD</b>		1-Arrêt de la trinitrine 2-Remplissage vasculaire 3-Dobutamine® 4-Traitement étiologique
<b>Insuffisance cardiaque gauche</b>		1-Arrêt des β-bloquants 2-Oxygénothérapie fort débit 3-Lasilix® et équilibre potassique 4-Trinitrine 5-Traitement étiologique
<b>Choc cardlogénique</b>		1-Arrêt des β-bloquants 2-Dobutamine® 3-Ballon de contre-pulsion intra-aortique
<b>Communication inter-ventriculaire</b>		Chirurgie cardiaque : -Patch en Dacron® ± Pontage aorto-coronarien
<b>BAV III</b>	<b>IDM ant</b>	1-Isoprénaline® 2-SEES 3-A distance ±PM
	<b>IDM Inf</b>	1-Atropine 2-±SEES en attendant la régression
<b>Péricardite</b>		1-Repos au lit 2-Aspirine (3 g/j)
<b>Anévrysme ventriculaire</b>		1-Traitement médicamenteux : -IEC -AVK -Anti-arythmique 2-Traitement chirurgical si IVG, Tdu RV, ou embolie -Résection anévrysmale ± Pontage aorto-coronarien

**IV-CI DE LA THROMBOLYSE**

- Rétinopathie diabétique
- Ulcère gastro-duodénal
- Chirurgie récente < 10 j
- Ponction d'un vaisseau incompressible < 48 h
- Allergie
- HTA maligne ou non contrôlée
- AVC < 3 mois
- Trouble de l'hémostase
- Age > 70 ans
- Péricardite, endocardite, DA
- Grossesse et post-partum



# ANGOR STABLE

Règles hygiéno-diététiques

Ordonnance type : Kardegic<sup>®</sup>, Zocor<sup>®</sup>, Ténomine<sup>®</sup>, Natispray<sup>®</sup>  
100%

Revascularisation en fonction du bilan

## 1-Règles hygiéno-diététiques (correction des FDR CV)

Arrêt du tabac

Correction d'un surpoids

Traitement HTA

Dyslipidémie : régime + statines

Equilibre glycémique

Exercice physique

## 2-Ordonnance type : 100%

Médecin : nom, fonction

Date et lieu

Patient : nom, prénom

-Kardegic<sup>®</sup> : 160 mg/j

-Zocor<sup>®</sup> : 1 cp/j

-Ténomine<sup>®</sup> : 1 cp/j (100 mg/j)

-Natispray<sup>®</sup> : -2 bouffées sublinguales si douleur typique  
-consulter au décours de la douleur

-En cas d'urgence, appeler le 15

Qsp 1 mois

Signature et cachet

## 3-Revascularisation en fonction du bilan

## 4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

# VALVES CARDIAQUES

## PRISE EN CHARGE D'UN PORTEUR DE VALVES MECANIQUES

Education : CI à l'IRM, carte, carnet AVK  
Anticoagulation : AVK à vie  
Infectieux : antibioprophylaxie, urgence si fièvre  
INR  
**ANTIBIOPROPHYLAXIE**  
Soins dentaires ambulatoires : 1 h avant : 3 g per os  
Soins dentaires avec AG : 1 h avant : 2 g IV ; 6 h après : 1 g per os  
Chirurgie abdomino-pelvienne : 1 h avant : gentamicine 1, 1,5 mg/kg IV

### I-PRISE EN CHARGE D'UN PORTEUR DE VALVES MECANIQUES

Education	1-CI à L'IRM (pas avec les nouvelles valves) 2-Carte de porteur de valves 3-Carnet AVK 4-Education sur les symptômes anormaux 5-Education sur l'endocardite
Anticoagulation	1-AVK à vie 2-Surveillance de l'INR 3-Pas de gestes traumatiques ni d'automédication 4-Consulter en cas d'hémorragie
Infectieux	1-Antibioprophylaxie (cf.) 2-Bilan stomato et ORL régulier 3-Consulter en urgence si fièvre
Surveillance	1-Clinique : -Fièvre, signes congestifs, hémorragie, déficit neuro -Auscultation cardiaque : B1, B2, souffle ? 2-Paraclinique : -/mois : INR -/an : Rx de thorax, ETT, bilan d'hémolyse, panoramique dentaire et Rx des sinus, NFS (hémolyse)

### II-ANTIBIOPROPHYLAXIE

	1 h avant	6 h après
Soins dentaires ambulatoires	Amoxicilline 3 g per os	0
Soins dentaires avec AG	Amoxicilline 2 g IV	Amoxicilline 1 g per os
Chirurgie abdomino-pelvienne	Amoxicilline 2 g IV Gentamicine 1, 1,5 mg/kg IV	Amoxicilline 1 g per os

NB : en cas d'allergie à l'amoxicilline :  
-PO : 1 g de pristinamycine  
-IV : 1 g de vancomycine

# FIBRILLATION AURICULAIRE

Anticoagulation immédiate

Réduction de l'ACFA :

- Urgence si mal tolérée (choc)
- Après 3 semaines d'anticoagulation si durée >48 h
- Choc électrique externe : AG ou Cordarone®

Traitement médicamenteux :

- Systématique : AVK, relais précoce dès J0
- Avant un choc différé ou échec de la réduction (ACFA chronique) : digitalique
- Succès de la réduction : si jeune = Flécaïne®, Sotalex® ; si âgé ou dysfonction VG = Cordarone®

Traitement étiologique

**1-Mise en condition**

- Hospitalisation en cardiologie
- Anticoagulation immédiate

**2-Réduction de l'ACFA**

Indications :

En urgence	Mal tolérée (choc)
Immédiate	1-Durée < 48 h sur cœur sain 2-Patient sous AVK
Différée après 3 semaines d'anticoagulation (Ou directe après ETO-)	1-Durée > 48 h 2-Cardiopathie sous-jacente

Type de réduction :

Choc électrique externe	1-Sous AG, perfusé, à jeun 2-Après iono sg (kaliémie) 3-Arrêt de la digoxine 3 j avant 4-Vérification ECG de la réduction 5-Si échec : augmenter l'énergie jusqu'à 300 J, si persistance sensibiliser par de la Cordarone®
Cordarone®	1-En l'absence de dysthyroïdie (ou autre CI) 2-Dose de charge de Cordarone® de 30 mg/kg/j

**3-Traitement médicamenteux**

Systématique	1-HNF : -Immédiatement -500 UI/kg/j en IVSE -Pour avoir 2 < TCA < 3 2-AVK : -Relais précoce dès J0 -Pour avoir 2 < INR < 3 -Durée de 6 semaines -A vie si : ACFA chronique, paroxystique, > 65 ans, ou facteurs de risque (ATCD d'AVC, diabète, HTA, IVG)	
Avant un choc différé OU Echec de la réduction (ACFA chronique)	Digitalique (ralentir la FC)	
Succès de la réduction	Jeune	Flécaïne® ou Sotalex® (=bloquant classe III)
	Agé Dysfonction VG	Cordarone®

**4-Traitement étiologique**

**5-Surveillance tolérance et efficacité du traitement**  
(clinique, ECG, TCA, INR, NFS, plaquettes)

# INSUFFISANCE CARDIAQUE

Règles hygiéno-diététiques : correction des FDR CV, régime sans sel  
Traitement étiologique (angioplastie, chirurgie)  
Traitement symptomatique médicamenteux : IEC +  $\beta$ -bloquant  $\pm$  Aldactone<sup>®</sup> ; aspirine et statines ; autres  
Prévention des facteurs favorisants  
Surveillance

## 1-Règles hygiéno-diététiques

Correction des FDR CV  
Régime sans sel  
Repos lors des poussées  
Activité physique

## 2-Traitement étiologique (angioplastie, chirurgie)

## 3-Traitement symptomatique médicamenteux

IEC + $\beta$ -bloquant $\pm$ Aldactone <sup>®</sup>	Systematique Triade ayant démontré son efficacité (à distance d'1 poussée, surveiller K+)
Aspirine et statines	En fonction des FDR CV
Autres	-Furosémide si surcharge -Nitré si signes congestifs -Anticoagulation (si thrombus intra-VG, IC avec embolie systémique, ACFA chronique) -Traitement d'une ACFA

## 4-Prévention des facteurs favorisants

## 5-Surveillance à vie

# ANEVRYSME DE L'AORTE ABDOMINALE

Contrôle de FDR CV : aspirine, statines, antihypertenseur si HTA  
Traitement chirurgical selon :  
Indications : > 5,5 cm, complications  
Mode : mise à plat, prothèse en Dacron®, réimplantation des artères

- 1-Contrôle de FDR CV
- Règles hygiéno-diététiques :
    - Arrêt du tabac
    - Régime hypocalorique (si surcharge pondérale)
  - Traitement médicamenteux :
    - Aspirine
    - Statines selon le taux de LDL
    - Antihypertenseur si HTA (IEC,  $\beta$ -bloquants)
    - Equilibration d'un diabète

2-Traitement chirurgical selon :

Indications	-Taille > 5,5 cm -Complications : compression, embolies, sd de pré-rupture -Augmentation de taille rapide
Mode	-Laparotomie médiane -Mise à plat de l'anévrisme -Grefe d'une prothèse en Dacron® -Fermeture du sac anévrysmal -Réimplantation des artères (mes inf, rénale)

3-Prévention du risque de rupture (traiter une toux ou une HTA)

4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : douleurs, masse abdo, complications  
Paraclinique : écho-doppler et TDM de l'aorte abdominale

# ENDOCARDITE BACTERIENNE

## TRAITEMENT GENERAL

### Antibiothérapie :

Double, bactéricide, synergique, parentérale IV

Contexte, germe, bi-antibiothérapie

6 sem

Amoxicilline, aminoside, C3G, vancomycine

Traitement de la porte d'entrée

Traitement d'éventuelles complications (cf.)

Surveillance: ECG, pic sérique et concentration résiduelle des antibiotiques, PBS, ETT, ETO

## TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

### I-TRAITEMENT GENERAL

#### 1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation

Repos au lit, 1 vvp

Appel du chirurgien si indication chirurgicale

#### 2-Antibiothérapie

Double, bactéricide, synergique, parentérale IV

En urgence après les prélèvements, sans attendre les résultats

Probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme :

Contexte	Germe	Bi-antibiothérapie
-Dentaire, ORL -Sur prothèse > 3 m	Streptocoque	Amoxicilline (ou pén G) + aminoside
Toxicomane	Staph Méli-S	Peni M + aminoside
-Cutané nosocomial -Sur prothèse < 3 m	Staph Méli-R	Vancomycine + aminoside
Iatrogène	BGN	C3G + aminoside

Durée : 6 sem dt 2 sem de bithérapie

Posologies :

Amoxicilline	200 mg/kg/j
Aminoside	3 mg/kg/j
C3G	3 g/kg/j
Vancomycine	30 mg/kg/j

#### 3-Traitement de la porte d'entrée

#### 4-Traitement d'éventuelles complications (cf.)

#### 5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : constantes, cardio, embolies ?, ECG

Paraclinique : NFS, plaquettes, VS, CRP, urée, créat, pic sérique et concentration résiduelle des antibiotiques, PBS, ETT, ETO

### II-TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Emboles septiques OU Hémodynamique instable	1-Chirurgie cardiaque sous CEC 2-Remplacement valvulaire 3-Envoi en bactério
BAV 3 par abcès septal	1-USIC 2-Isoprénaline puis SEES 3-Chirurgie cardiaque sous CEC . Drainage de l'abcès Remplacement valvulaire Envoi en bactério



# DISSECTION AORTIQUE

## Classes I et II de Bakey :

Extrême urgence chirurgicale (Bentall) : remplacement aorte ascendante, valvulaire aortique si IA, réimplantation des coronaires

## Classe III de Bakey :

Antihypertenseur, scan/6 m

<b>Classes I et II De Bakey</b>	1-Extraction fœtale si enceinte (annale 2003) 2-Antihypertenseur 3-Extrême urgence chirurgicale (Bentall) : -Remplacement aorte ascendante -Remplacement valvulaire aortique si IA -Réimplantation des coronaires
<b>Classe III De Bakey</b>	1-Hospitalisation et repos au lit 2-Antihypertenseur 3-Surveillance (scan/6 m à vie)

# INSUFFISANCE VEINEUSE / VARICES

## Formes bénignes

Médical : hygiéno-diététiques, contention élastique, veinotonique, crénothérapie

## Formes sévères

Instrumental : sclérothérapie, (stripping), phlébectomie

## 1-Traitement médical ou instrumental

<b>Formes bénignes = Médical</b>	1-Règles hygiéno-diététiques : -Eviter la chaleur et la station debout prolongée -Correction d'un surpoids -Sport, marche, natation 2-Contention élastique 3-Veinotonique, en monothérapie, en cas de signes fonctionnels, pour une durée < 3 m (RMO) 4-Crénothérapie
<b>Formes sévères = Instrumental</b>	1-Sclérothérapie 2-Chirurgie conservatrice hémodynamique de l'IV en ambulatoire (CHIVA) 3-Eveinage ( : stripping) 4-Phlébectomie ambulatoire

## 2-Surveillance clinique à vie (debout-couché, avec cartographie des varices)



# TORSADE DE POINTES

- 1-Mise en condition, scope cardio-tensionnel
- 2-Arrêt des médicaments augmentant le QT
- 3-Correction d'un déficit en potassium
- 4-Isoprénaline ± SEES
- 5-Sulfate de magnésium IV
- 6-Traitement étiologique

# ARRET CARDIO-CIRCULATOIRE

## Secours non médicalisé :

Heure, 15 pour SAMU, Airway, breathing, circulation

## Secours médicalisé :

Scope : asystolie : adré ; FV, TRV : CEE

## Suite de la prise en charge :

2 vvp et macromolécules, intubation et ventilation assistée

<b>Secours non médicalisé</b>	-Noter l'heure -Appel 15 pour SAMU	
	<b>Airway</b>	1-LVAS (enlever le dentier) 2-Tête en hyper extension (en décubitus dorsal) 3-Subluxation de la mandibule
	<b>Breathing</b>	Ventilation au bouche à bouche (avec nez obstrué)
	<b>Circulation</b>	Massage cardiaque externe sur un plan dur

<b>Secours médicalisé : SCOPE</b>	<b>Asystolie</b>	1 mg d'adrénaline IV (↑ mg par mg)
	<b>FV, TRV</b>	CEE à 200 J (si échec 200 J, puis 360 J)
	<b>BAV III</b>	1-Isoprénaline 2-SEES (NB : si BAV III sur IDM inf = Atropine)
	<b>Bradycardie sinusale</b>	1-Atropine 2-Isoprénaline 3-SEES

<b>Suite de la prise en charge</b>	-2 vvp et macromolécules -Intubation et ventilation assistée -Transfert médicalisé en urgence -Hôpital prévenu -Hypothermie thérapeutique
------------------------------------	---

# CARDIOMYOPATHIES

## Dilaté :

Etiologique, hygiéno-diététiques, traitement symptomatique de l'IC, à discuter : PM pour resynchronisation bi-ventriculaire

## Hypertrophique :

Arrêt des sports brutaux, prévention de l'endocardite

<b>Dilaté</b>	<p>1-Traitement étiologique</p> <p>2-Règles hygiéno-diététiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Régime sans sel</li> <li>-Correction des FDR CV</li> </ul> <p>3-Traitement symptomatique de l'IC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-IEC</li> <li>-<math>\beta</math>-bloquants</li> <li>-Aldactone® (<math>\pm</math> Lasilix®)</li> </ul> <p>4-Surveillance</p> <p>5-Autres traitements à discuter :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>PM pour resynchronisation bi-ventriculaire</b></li> <li>-Greffe cardiaque (inscription sur liste si pas de CI)</li> </ul>
<b>Hypertrophique</b>	<p>1-Education :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Arrêt des sports brutaux</b></li> <li>-<b>Prévention de l'endocardite</b></li> </ul> <p>2-Traitement médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<math>\beta</math>-bloquants</li> <li>-Inb calciques</li> <li>-<math>\pm</math> Pacemaker</li> </ul> <p>3-Traitement chirurgical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Embolisation ou alcoolisation septale</li> <li>-Myotomie</li> </ul> <p>4-Défibrillateur implantable si TDR</p> <p>5-Surveillance</p>

# PERICARDITE ET COMPLICATIONS

## TRAITEMENT DE LA PERICARDITE

Idiopathique : repos, AT

Non idiopathique : étiologique

## TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Tamponnade : drainage péricardique en urgence, macromolécules

Péricardite constrictive : chirurgie de décortication

### I-TRAITEMENT DE LA PERICARDITE

Idiopathique	1-Repos au lit et AT de 10 j 2-Aspirine 3 g en 3 prises (± protecteur gastrique) 3-Antalgiques 4-Surveillance : douleur, VS, ECG, échographique (J10) 5-Arrêt d'un éventuel traitement anticoagulant	
Non Idiopathique	Tuberculeuse	Quadri-thérapie antituberculeuse + corticoïdes
	Purulente	Antibiothérapie + drainage chirurgical
	M. de systèmes	Corticothérapie per os

### II-TRAITEMENT DES COMPLICATIONS

Tamponnade	1-Urgence, ne pas allonger, ne pas intuber, enUSIC 2-Drainage péricardique en urgence : -Chirurgical (drainage et fenêtre péricardo-pleurale) -De sauvetage par voie xiphoïdienne sous contrôle échographique 3-Remplissage par macromolécules (± dobutamine) 4-Traitement étiologique, arrêt des anticoagulants 5-Surveillance
Péricardite constrictive	1-Traitement étiologique 2-Diurétique 3-Chirurgie de décortication

# ARTERIOPATHIE OBLITERANTE DES MEMBRES INFERIEURS

Règles hygiéno-diététiques : FDR CV (tabac +++)  
Traitement médicamenteux : arrêt des  $\beta$ -bloquants, antiagrégants, vasodilatateurs  
Revascularisation selon les indications

**1-Règles hygiéno-diététiques**

Correction des FDR CV (tabac +++)  
Marche régulière

**2-Traitement médicamenteux**

**ARRET** des  $\beta$ -bloquants  
Antiagrégants plaquettaires  
Vasodilatateurs (si signes fonctionnels : RMO)  
Antalgiques

**3-Revascularisation selon :**

<b>Indications</b>	-Stade II b -Stade II avec localisation aorto-iliaque -Stade III -Stade IV	
<b>Types de techniques</b>  <b>(en fonction de la localisation)</b>	<b>Angioplastie transluminale percutanée</b>	Sténose courte, unique, non calcifiée, avec bon lit d'aval
	<b>Endartériectomie</b>	Lésion courte proximale chez un sujet jeune
	<b>Pontage artériel chirurgical</b>	Non indication des autres techniques

**4-Surveillance de l'efficacité du traitement**

Clinique : douleurs, périmètre de marche, pouls périphériques  
Paraclinique : écho-doppler artériel des MI (/an)

# ISCHEMIE AIGUE DES MEMBRES INFERIEURS

Mise en condition : oxygène, hydro-électrolytiques (K<sup>+</sup>, H<sup>+</sup>)

Traitement symptomatique : Anticoagulation à doses curatives, vasodilatateurs IV, aponévrotomie de décharge si rhabdomyolyse

Revascularisation en urgence

## 1-Mise en condition

Hospitalisation en USI

Scope cardio-tensionnel, 1vvp, dynamap

Oxygène

Hyperhydratation et correction des troubles hydro-électrolytiques (K<sup>+</sup>, H<sup>+</sup>)

## 2-Traitement symptomatique

HNF à doses curatives

Vasodilatateurs IV

Antalgiques

Aponévrotomie de décharge si rhabdomyolyse

## 3-Revascularisation en urgence

<b>Artères saines</b>	1-Embolectomie à la sonde de Fogarty 2-Thrombo-aspiration percutanée
<b>Artères pathologiques</b>	1-Radiologie vasculaire interventionnelle -Fibrinolyse in situ (si vu tardivement) -Thrombo-aspiration -Angioplastie transluminale 2-Chirurgie si échec -Désobstruction et pontage -Amputation en dernier recours

## 4-Surveillance tolérance et efficacité du traitement

Clinique : cst et diurèse, douleurs, palpation des pouls + neuro + cutané

Paraclinique : urée, créat, iono sang, artério de contrôle puis écho-doppler artériel

# HTA ESSENTIELLE / CRISE HYPERTENSIVE / HTA MALIGNE

HTA essentielle : régime pauvre en sel, FDR CV, médicamenteux

Crise hypertensive : repos au calme, Loxen LP®, per os

HTA maligne : Loxen®, IVSE, dérivés nitrés, surveillance rapprochée, traitement étiologique

<b>HTA essentielle</b>	<p>1-Règles hygiéno-diététiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Arrêt du tabac</li> <li>-<b>Régime pauvre en sel</b></li> <li>-Correction des FDR CV</li> <li>-Activité physique</li> </ul> <p>2-Traitement médicamenteux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Indications : <ul style="list-style-type: none"> <li>D'emblée si risque sévère</li> <li>Après 1-3 M de RHD si risque modéré</li> <li>Après 3-6 M de RHD si risque faible</li> </ul> </li> <li>-Débuter en <b>monothérapie</b> (si échec bithérapie)</li> <li>-Type de médicaments : <ul style="list-style-type: none"> <li>Vieux : ICa ou thiazidique</li> <li>Jeune : IEC</li> <li>Enceinte : antihypertenseurs centraux</li> <li>Diabétique : IEC</li> <li>Coronaropathie : <math>\beta</math>-bloquants ou ICa</li> <li>Insuf cardiaque : IEC, Aldactone®</li> </ul> </li> </ul> <p>3-Surveillance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Auto-mesure tensionnelle</li> <li>-Clinique : TA debout/couché, pouls, cardiovasculaire</li> <li>-Paraclinique : bilan OMS, écho cœur</li> </ul>
<b>Crise hypertensive</b>	<p>1-Mise en condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Repos au calme</b></li> <li>-Allongé dans l'obscurité</li> <li>-Pas d'hospitalisation si traitement efficace</li> </ul> <p>2-Antihypertenseur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Loxen LP®</b> (inb calcique)</li> <li>-Per os</li> </ul> <p>3-Surveillance de la TA à 1 heure</p> <p>4-Traitement étiologique et prévention des facteurs décompensants en ambulatoire</p>
<b>HTA maligne</b>	<p>1-Mise en condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Urgence médicale</li> <li>-Hospitalisation en USI</li> <li>-Repos au lit, 1/2 assis</li> <li>-Scope cardiotensionnel, 1 vvp</li> <li>-Régime désodé</li> </ul> <p>2-Antihypertenseur en urgence :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Loxen®</b> (inb calcique)</li> <li>-IVSE</li> <li>-Dérivés nitrés</li> </ul> <p>3-Surveillance rapprochée</p> <p>4-Traitement étiologique et prévention des facteurs décompensants au décours</p>

## Stratification de risque cardiovasculaire

	PA 140-159/90-99	PA 160-179/100-109	PA $\geq$ 180/110
<b>0 FDR associé</b>	<i>Risque faible</i>	<i>Risque moyen</i>	<i>Risque élevé</i>
<b>1 à 2 FDR associés</b>	<i>Risque moyen</i>	<i>Risque moyen</i>	<i>Risque élevé</i>
<b><math>\geq</math> 3 FDR associés</b> et/ou AOC et/ou diabète Maladie cardiovasculaire et/ou rénale	<i>Risque élevé</i>	<i>Risque élevé</i>	<i>Risque élevé</i>



# TRAITEMENT D'UNE HTA SECONDAIRE

## Adénome de Conn :

Equilibration de la TA par Aldactone®, couverture d'hydrocortisone (+++), surrénalectomie unilatérale, anatomopathologie

## Phéochromocytome :

Equilibration par  $\alpha$  +  $\beta$ -bloquants, réhydratation, clampage exérèse, anatomopathologie, NEM

## HTA médicamenteuse :

Arrêt

<b>Adénome de Conn</b>	<p>1-Mesures pré-chirurgicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Equilibration de la TA par Aldactone®</li> <li>-Couverture d'hydrocortisone (+++)</li> </ul> <p>2-Traitement chirurgical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Surrénalectomie unilatérale</li> <li>-Anatomopathologie</li> </ul> <p>3-Surveillance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Test au Synacthène® immédiat</li> <li>-Dépistage d'une insuf. surrénale secondaire</li> </ul>
<b>Phéochromocytome</b>	<p>1-Mesures pré-chirurgicales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Equilibration par <math>\alpha</math> + <math>\beta</math>-bloquants (Trandate®)</li> <li>-Réhydratation</li> </ul> <p>2-Traitement chirurgical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Clampage des vaisseaux surrénaliens</li> <li>-Limiter les manipulations</li> <li>-Exérèse chirurgicale</li> <li>-Anatomopathologie</li> <li>-Prévenir l'anesthésiste</li> </ul> <p>3-Surveillance</p> <p>4-Dépistage d'une NEM</p>
<b>HTA rénovasculaire</b>	Cf. néphro
<b>HTA médicamenteuse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Arrêt d'un médicament : OP, AINS, vasoconstricteur</li> <li>-Adaptation d'un traitement par corticoïdes</li> <li>-Arrêt du réglisse</li> </ul>

IA / RA / IM

Antibioprophylaxie  
 Traitement médical  
 Traitement chirurgical :chirurgie cardiaque, CEC, remplacement valvulaire

NB : IA sur maladie annulo-ectasiente : opération de Bentall

		IA	RA	IM
Traitement médical		1-Traitement des foyers infectieux et antibioprophylaxie 2-Régime pauvre en sel 3-Selon la clinique : IEC, diurétiques 4-Surveillance clinique et échographique		
			CI aux efforts violents	Anticoagulants si ACFA
Traitement chirurgical	Indications	-IA aiguë  -Symptômes -FEVG < 50% -DTS > 55 mm -DTD > 70 mm	-Symptômes -Ø < 1 cm <sup>2</sup> ou 0,6 cm <sup>2</sup> /m <sup>2</sup> -grad moy > 40 mmHg -grad max > 90	-IM aiguë  -Symptômes -IM importante -FEVG < 60% -DTS > 45 mm -FA ou HTAP
	Type	-Chirurgie cardiaque -Sous CEC -Remplacement valvulaire -Type de prothèse : Bio-prothèse : > 75 a ou CI aux AVK ou femme jeune Valve mécanique < 75 a -Pontage aorto-coronarien (selon)		-Plastie mitrale -Si échec : remplacement valvulaire
Prise en charge d'un porteur de valves		Cf.		

Prothèse aortique  
 Remplacement valvulaire aortique  
 Réimplantation des coronaires

# ANTICOAGULANTS

## HNF/HBPM :

Thrombopénie grave , endocardite, péricardite, DA

Thrombopénie induite à l'héparine

## AVK :

Grossesse/allaitement ; IR et IHC sévère

## Relais :

INR ; arrêt de l'HNF après 2 INR efficace

	HNF/HBPM		AVK
<b>CI</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Trouble de l'hémostase</li> <li>-Lésion hémorragique</li> <li>-Chirurgie récente, TC, AVC hémorragique</li> <li>-UGD évolutif</li> <li>-HTA non contrôlée</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Allergie/thrombopénie grave</li> <li>-Endocardite, péricardite, DA</li> <li>-IR sévère pour les HBPM</li> </ul>
<b>Effets secondaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Thrombopénie induite à l'héparine</li> <li>-Hémorragie</li> <li>-Ostéoporose</li> <li>-Manifestation d'hypersensibilité</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Grossesse/allaitement</li> <li>-IR et IHC sévère</li> <li>-Association avec AINS, salicylés et miconazole à fortes doses</li> <li>-Allergie</li> </ul>
<b>Prescription</b>	<b>HNF (IVSE)</b>	<b>HBPM (SC)</b>	1-En l'absence de CI 2-Relais HNF/AVK précoce dès J0 en commençant par Préviscan® à 3/4 cp 3-INR à 72 h 4-Modifier les doses de 1/4 de cp avec un INR 48 h après 5-Arrêt de l'HNF après 2 INR efficaces 6-Carte 7-Education : CI aux IM et extraction dentaire
	-Curatif : héparine Bolus de 5 000 ui 500 ui/kg/j	-Curatif : Lovénox® 2 inj de 100 u/kg -Préventif à haut risque : Lovénox® 1 inj de à 0,4 mL -Préventif à faible risque : Lovénox® 1 inj de à 0,2 mL	
<b>Surveillance</b>	-TCA systématique -6 h après modif de poso puis /j -But : $2 < \text{TCA} < 3$  NFS et plaquettes -2/sem les 3 premières semaines -Puis 1/sem	Anti-Xa seulement si surcharge pondérale ou IR	INR systématique -1/sem le premier mois -Puis 1/m -But : $2 < \text{INR} < 3$ -Sauf pour valves mécaniques mitrales, but : $3 < \text{INR} < 4,5$

(P : poids en dizaine de kg)

# INTOXICATION A LA DIGOXINE

Traitement étiologique : arrêt de tout traitement digitalique

Epuration du toxique : lavage gastrique ; charbon activé ; Digidot®

Traitement d'une complication cardiaque

## 1-Mise en condition

Urgence médicale

Hospitalisation en USI

Rééquilibration hydro-électrolytique

Avec **correction d'une hypokaliémie** et hypercalcémie

## 2-Traitement étiologique

**Arrêt de tout traitement digitalique**

Arrêt de tout traitement hypokaliémiant

## 3-Epuration du toxique

**Lavage gastrique** (état stable avec intox < 2 h)

**Charbon activé** en fin de lavage

**Digidot®** (Ac anti-digitaliques) si intoxication massive > 10 mg

## 4-Traitement d'une complication cardiaque

BAV complet : SEES

Bradycardie : atropine

Trouble du rythme auriculaire :  $\beta$ -bloquants

Trouble du rythme ventriculaire : Xylocaïne®

## 5-Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité du traitement

Clinique : conscience, réactivité, cardiaque, respiratoire

Paraclinique : iono, BHC, glycémie

# LES POINTS CLES DE LA THERAPEUTIQUE CARDIOLOGIQUE

**β-bloquants**

Contre-Indications : IC non contrôlée ; bradycardie < 50/min ; BAV II ou III (non appareillé) ; BPCO, asthme ; Raynaud, Prinzmetal ; AOMI (troubles trophiques)

**IEC**

Contre-indications : hyperkaliémie ; SAR bilatérale ; grossesse et allaitement ; allergie  
Effets secondaires : hypotension orthostatique ; hyperkaliémie ; IR ; toux ; cutané ; œdème angioneurotique héréditaire

Pour l'ENC, quel anticalcique choisir si CI aux β-bloquants ?

Bradycardisant : Tildlem® et Isoptine®

Non bradycardisant : dihydropyridine

**I-β-BLOQUANTS ET IEC**

	Contre-indications	Effets secondaires
β-bloquants	-IC non contrôlée -Bradycardie < 50/min -BAV II ou III (non appareillé) -BPCO, asthme -Raynaud, Prinzmetal -AOMI (troubles trophiques)	-Bradycardie, BAV -Hypotension, IVG -Broncho-constriction -Raynaud -Hypoglycémie
IEC	-Hyperkaliémie -SAR bilatérale -Grossesse et allaitement -Allergie	-Hypotension orthostatique -Hyperkaliémie -IR -Toux -Cutané -Œdème angioneurotique héréditaire

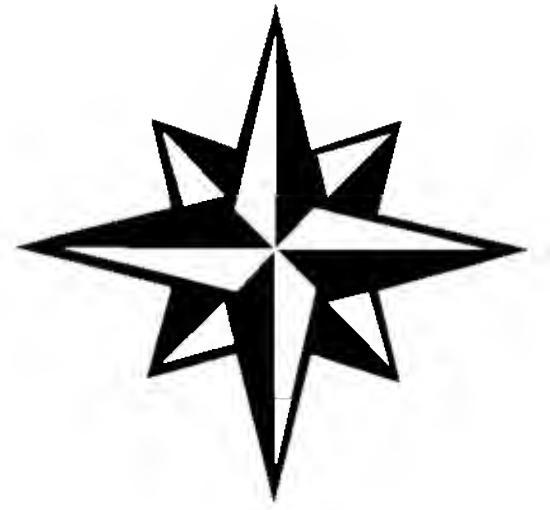
**II-POUR L'ENC, QUEL ANTICALCIQUE CHOISIR SI CI AUX β-BLOQUANTS ?**

Choix en fonction de la FC :

Anticalcique bradycardisant : Tildlem® et Isoptine®

Anticalcique non bradycardisant : dihydropyridine

(Exemple : IDM + BAV III : anticalcique non bradycardisant)



# DERMATOLOGIE







# DERMATITE ATOPIQUE

**TRAITEMENT :**

Cold cream<sup>®</sup>, dermocorticoïdes lors des poussées, décroissance progressive ; antihistaminique ; impétiginisation ; ongles ras ; éviter le contact avec un herpétique

**ORDONNANCE :**

Règles d'une ordonnance ; Locapred<sup>®</sup> crème (DC classe 2) : progressivement dégressive ; Cold cream<sup>®</sup> (hydratation cutanée) ; Polaramine<sup>®</sup> sirop (antihistaminique)

**ECHEC DU TRAITEMENT :**

Observance, durée, arrêt brutal, facteur aggravant

Traitement	<p>1-Local :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Crème hydratante (Cold cream<sup>®</sup>) contre la xérose</li><li>-Dermocorticoïdes lors des poussées : Classe II ou III selon la localisation Décroissance progressive Comptabilisation totale des doses reçues</li></ul> <p>2-Général :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Antihistaminique sédatif (Polaramine<sup>®</sup>) contre le prurit</li><li>-Pas de vaccin lors des poussées</li></ul> <p>3-Traiter une éventuelle impétiginisation :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Local : Fucidine<sup>®</sup> crème</li><li>-Général : Pyostacine<sup>®</sup> per os</li></ul> <p>4-Education parentale :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Couper les ongles ras pour prévenir l'impétiginisation</li><li>-Eviter le contact avec un herpétique (Kaposi-Jilliusberg)</li><li>-Soutien psychoaffectif</li><li>-Mesures contre l'atopie</li></ul> <p>5-Surveillance clinique du traitement</p>
Ordonnance	<p>1-Règles d'une ordonnance :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Enfant : nom, prénom, âge, poids</li><li>-Médecin : nom, adresse, n° de siret</li><li>-Date, signature</li></ul> <p>2-Locapred<sup>®</sup> crème (DC classe 2) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Appliquer sur les lésions le soir</li><li>-Posologie progressivement dégressive : 1 ap/j 1 sem 1 ap/2 j 1 sem 1 ap/3 j 1sem Puis arrêt</li><li>-En cure courte</li><li>-Comptabilisation totale des doses reçues</li></ul> <p>2-Cold cream<sup>®</sup> (hydratation cutanée) :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-1 ap/j sur tout le corps</li></ul> <p>3-Polaramine<sup>®</sup> sirop (antihistaminique)</p>
Echec du traitement	<ul style="list-style-type: none"><li>-Mauvaise observance</li><li>-Durée insuffisante</li><li>-Doses insuffisantes</li><li>-Arrêt brutal du traitement</li><li>-Absence de soins associés (hydratation)</li><li>-Résistance au traitement</li><li>-PERSISTANCE d'un facteur aggravant</li></ul>

# CONSEILS SUR UN TERRAIN ATOPIQUE

Chez l'enfant : toilette ; coton ; ne pas trop chauffer ; acariens ; poussière ; alimentation  
Pour une nouvelle grossesse : allaitement maternel : HA® ; diversification alimentaire : à retarder, précautions

Chez l'enfant	<p>1-Toilette :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Bain pas trop chaud</li><li>-Savon de Marseille</li></ul> <p>2-Habillement :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Eviter la laine</li><li>-Préférer le <b>coton</b></li><li>-Pas d'assouplissant</li></ul> <p>3-Environnement de la chambre :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-<b>Ne pas trop chauffer</b></li><li>-Humidifier l'atmosphère</li></ul> <p>4-Eviction des allergènes :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-<b>Acariens</b> : matelas, moquette, nettoyage à haute T°</li><li>-<b>Poussière</b> : nettoyer, ventiler</li><li>-Poils et plumes : éviter les animaux domestiques</li><li>-Pollen</li></ul> <p>5-Alimentation :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Retarder la diversification alimentaire</li><li>-Eviter les aliments allergènes</li></ul>
Pour une nouvelle grossesse	<p>1-Allaitement :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Allaitement <b>maternel</b></li><li>-Lait hypoallergénique (Nidal HA®)</li></ul> <p>2-Diversification alimentaire :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>-Retarder à 6 mois</li><li>-<b>Précautions</b> avec les aliments allergènes (lait, œuf, poissons, crustacés, soja, arachides, fruits exotiques)</li></ul>

# ECZEMA DE CONTACT

Traitement étiologique : éviction de l'allergène !!!  
Traitement local : dermocorticoïdes  
Traiter une éventuelle impétiginisation  
Mesures socioprofessionnelles : maladie professionnelle

**1-Traitement étiologique**  
Eviction de l'allergène !!!

**2-Traitement local**  
Antiseptique (Biseptine®)  
Dermocorticoïdes  
Classe II ou III selon la localisation  
Décroissance progressive  
Comptabilisation totale des doses reçues

**3-Traiter une éventuelle impétiginisation**  
Local : Fucidine® crème  
Général : Pyostacine® per os

**4-Mesures socioprofessionnelles**  
Maladie professionnelle  
Reclassement socioprofessionnel

**5-Surveillance clinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement**

# URTICAIRE / ŒDEME DE QUINCKE / CHOC ANAPHYLACTIQUE

Urticaire : antihistaminique per os, 10 j ; traitement étiologique

Œdème de Quincke : urgence, 1/2 assis, adrénaline SC ; antihistaminique, corticoïdes, intubation ; traitement étiologique

Choc anaphylactique : PLS, LVAS, adrénaline, sérum phy., SAMU ; réanimation, O2, adrénaline IV ; traitement étiologique

<b>Urticaire</b>	1-Antihistaminique : -Cetirizine per os -10 j 2-Traitement étiologique
<b>Œdème de Quincke</b>	1-Pré-hospitalier : -Urgence médicale -1/2 assis -Adrénaline SC -Appel du SAMU/transport médicalisé 2-A l'hôpital : -Mise en condition -Adrénaline aérosol ou IM si besoin -Antihistaminique IV -Corticoïdes PO ou IV -Intubation ventilation si nécessaire 3-Traitement étiologique
<b>Choc anaphylactique</b>	1-Pré-hospitalier : -Urgence médicale -PLS, LVAS -Adrénaline SC -Sérum phy. (macromolécules allergisantes) -Appel du SAMU/transport médicalisé 2-A l'hôpital : -En réanimation, mise en condition, O2 nasal -Adrénaline IV -Sérum phy. 500 cc/30 min -Antihistaminique IV -Corticoïdes IV -Intubation ventilation si nécessaire 3-Traitement étiologique

# PSORIASIS

## INDICATIONS

Cutané < 30% : kératolytiques, dermocorticoïdes

Cutané > 30% : PUVAthérapie

Erythrodermie, pustuleux généralisé

Rhumatismal

## TYPE DE TRAITEMENT

PUVAthérapie :

Bilan pré-traitement :  $\beta$ -Hcg

Contre-indications : grossesse, âge < 12 ans

Effets secondaires : digestif, mélanome

Mise en place : information ; Psoralène® ; lunettes ; UVAthérapie

Acitrétine :

Bilan pré-traitement :  $\beta$ -Hcg, lipidique

Contre-indications : grossesse, cyclines

Effets secondaires : tératogène, hépatite cytolytique

Mise en place : contraception ; 1 mois avant ; 2 ans après

Méthotrexate® :

Bilan pré-traitement :  $\beta$ -Hcg, NFS

Contre-indications : grossesse

Effets secondaires : tératogène

Mise en place : contraception

## I-INDICATIONS

<b>Cutané &lt; 30%</b>	1-Kératolytiques 2-Dermocorticoïdes (ou dérivé de la vit. D3)
<b>Cutané &gt; 30%</b>	-PUVAthérapie ou acitrétine -Si échec : Méthotrexate®
<b>Erythrodermie Pustuleux généralisé</b>	1-Urgence, hospitalisation 2-Soins locaux et dermocorticoïdes 3-Par voie générale : -Acitrétine -Si échec : Méthotrexate®
<b>Rhumatismal</b>	1-Symptomatique : -AINS -Antalgiques 2-Etiologique : -Salazopirine® -Si échec : Méthotrexate®

## II-TYPE DE TRAITEMENT

	<b>PUVAthérapie</b>	<b>Acitrétine</b>	<b>Méthotraxte®</b>
<b>Bilan pré-traitement</b>	1-Examen ophtalmo 2-Examen cutané 3-β-Hcg 4-Urée, créat 5-BHC	1-β-Hcg 2-Urée, créat 3-BHC 4-Bilan lipidique	1-β-Hcg 2-Urée, créat 3-BHC 4-NFS
<b>Contre-Indications</b>	1-Grossesse 2-IHC, IR 3-Age < 12 ans 4-Maladie ou médicaments photosensibilisants 5-Cataracte 6-Erythodermie 7-P pustuleux généralisé	1-Grossesse 2-IHC, IR 3-Hyper vitaminose A 4-Association aux cyclines	1-Grossesse 2-IHC, IR
<b>Effets secondaires</b>	1-Digestif 2-Cataracte 3-Brûlure 4-Prurit 5-Mélanome	1-Térogène 2-Hépatite cytolitique 3-Cut-muqueux 4-Hyper lipidémie 5-Ostéo-ligamentaire 6-HTIC si association avec les cyclines	1-Térogène 2-Hépatite cholestatique 3-Pneumopathie 4-Leucopénie
<b>Mise en place</b>	1-Après bilan, en l'absence de CI, avec surveillance des effets secondaires 2-Information du patient 3-Psoralène® : -Per os -2 h avant la séance 4-Lunettes photoprotectrices 5-UVAthérapie : -Attaque (3/sem) -Entretien (1/sem) 6-Emoliant après chaque séance	1-Après bilan, en l'absence de CI, avec surveillance des effets secondaires 2-Information du patient 3-Contraception -1 mois avant -2 ans après 4-Soriatane®	1-Après bilan, en l'absence de CI, avec surveillance des effets secondaires 2-Information du patient 3-Contraception 4-Méthotrexate®

# 

Ulcère veineux : SAT, VAT ; désinfection, détersion, bourgeonnement, épithélialisation ; contention, régime, varices  
 Ulcère artériel : SAT, VAT ; désinfection, détersion, bourgeonnement, épithélialisation ; FDR, aspirine, revascularisation  
 Angiodermite nécrosante : SAT, VAT ; désinfection, détersion, bourgeonnement, épithélialisation ; HTA, diabète

		Ulcère veineux	Ulcère artériel	Angiodermite nécrosante
1	Traitement général	1-SAT, VAT 2-HBPM préventif 3-Antalgiques 4-Kinésithérapie 5-Antibiothérapie si surinfection		
2	Traitement local	1-Désinfection 2-Détersion (mécanique ou chimique) 3-Bourgeonnement (pansements hydrocolloïdes) 4-Epithélialisation 5-Greffe cutanée (si échec)		
3	Traitement étiologique	1-Contention élastique 2-Régime 3-Jambes surélevées 4-Chirurgie si varices	1-FDR cardio-vasc 2-Aspirine 3-Vasodilatateurs artériels 4-Revascularisation	1-HTA 2-Diabète 3-Aspirine 4-Greffe cutanée en pastille
4	Surveillance	Clinique de l'efficacité du traitement		



# CANCER BASO ET SPINOCELLULAIRE

Traitement chirurgical curatif

Traitement préventif des récives : photo-protection ; facteurs déclenchants ; traitement des lésions précancéreuses

Surveillance vie

## 1-Traitement chirurgical curatif

Exérèse chirurgicale de la totalité de la lésion

Extemporane et anapath définitive

Marge carcinologique de sécurité (spino : 0,05 cm et baso : 1 cm)

Spino avec gg envahis : curage gg et Rxthérapie externe

Spino avec métastases : radio-chimiothérapie

## 2-Traitement préventif des récives

Photo-protection (exposition, vêtements, écran total)

Arrêt des facteurs déclenchants (arsenic)

Traitement des lésions précancéreuses (cryothérapie)

## 3-Education du patient

Capital soleil

Photo-protection

Auto-surveillance

## 4-Surveillance clinique à vie

# MELANOME : SEQUENCE THERAPEUTIQUE

Traitement chirurgical curatif : exérèse ; Breslow  
Education du patient : photo-protection  
Surveillance à vie

## 1-Traitement chirurgical curatif

**Exérèse** totale

Anapath

**Breslow** (pronostic, marge de reprise chirurgicale)

## 2-Bilan d'extension

Clinique

Paraclinique : Rx de thorax, écho hépatique, BHC

## 3-Reprise chirurgicale

Jusqu'à l'aponévrose

Marges fct° Breslow :

< 1 mm → 1 cm

1-2 mm → 2 cm

> 2 mm → 3 cm

Curage gg si envahissement gg

## 4-Education du patient

Capital soleil

**Photo-protection**

Auto-surveillance

## 5-Surveillance clinique ± paraclinique à vie

Auto-surveillance

Clinique, photos

Paraclinique : Rx de thorax, écho hépatique, BHC

# ECTOPARASITOSE CUTANEE : GALE ET PEDICULOSE

**GALE :**  
 Ascabiol® lotion ou Stromectol® ; désinfection des vêtements ; traitement si impétiginisation ; Traitement de l'entourage

**PEDICULOSE :**  
 Prioderm® ; Pyreflor® ; désinfection des vêtements ; traitement si impétiginisation ; Traitement de l'entourage ; pas d'éviction scolaire

		Gale	Pédiculose
1	Traitement spécifique	-Ascabiol® lotion -Sur tout le corps -J1 et J2 : nettoyage, ne pas sécher, badigeonnage -J3 : nettoyage  Ou  -Stromectol® :1 prise	<u>Cuir chevelu :</u> -Prioderm® lotion -1 application de 12 h -Shampooing non traitant -Peigner au peigne fin  <u>Pubienne et corporelle :</u> -Pyreflor® lotion -1 application de 12 h -Renouveler à J8 -Raser les poils selon
2	Désinfection des vêtements	-Lavage > 60°, repassage -Poudre à base de Lyndane (dans un sac plastique)	
3	Traitement si impétiginisation	-Désinfection cutanée -Antibiotique local : Fucidine® -Antibiotique général : Pyostacine®	
4	Mesures associées	-Pas d'éviction scolaire	-Pas d'éviction scolaire -Prévenir l'école -Dépistage familial
5	Traitement de l'entourage	Systematique	Si dépistage positif
6	Surveillance	Clinique de l'efficacité du traitement	

- Gale : 5 causes de persistance du prurit après 1 sem de traitement
- 1-Traitement mal réalisé
  - 2-Résistance au traitement
  - 3-Réinfestation par l'entourage
  - 4-Eczéma de contact au produit
  - 5-Prurit psychogène (parasitophobie)

# HERPES ORO-GENITAL

<b>PRIMO-INFECTION :</b> Oral : Zovirax® per os 10 j Génital : Zelitrex® per os 10 j ; rapports protégés
<b>RÉCURRENCE :</b> Génital > 6/a : Zelitrex® 6 mois

	Oral	Génital
<b>Primo-infection</b>	1-Zovirax® per os 10 j 2-Alimentation semi-liquide 3-Antalgiques 4-Bains de bouche	1-Zelitrex® per os 10 j 2-Antalgiques 3-Rapports protégés 4-Si RAU : KT sus-pubien
<b>Récurrence</b>	1-Pas de ttt de la poussée 2-Si récurrence fréquente : Zelitrex® 6 mois	1-Zelitrex® per os 5 j 2-Antalgiques 3-Rapports protégés 4-Si récurrence fréquente (> 6/a) : Zelitrex® 6 mois

# IMPETIGO

Traitement local : antiseptie ; ramollir les croûtes (Fucidine®) Traitement général : macrolide (ou Pyostacine®) per os, 10 j Limiter la propagation de l'infection : couper et brosser les ongles ; éviction scolaire Traitement d'une dermatose sous-jacente chez adulte
---

1-Traitement local Lavage Antiseptie (Septivon®) Antibiotique pour ramollir les croûtes (Fucidine®) Ablation des croûtes sans les arracher
2-Traitement général Après prélèvements bactériologiques Macrolide (ou Pyostacine®) per os, 10 j
3-Limiter la propagation de l'infection Laver les mains, couper et brosser les ongles Eviction scolaire jusqu'à guérison des croûtes Traitement des sujets contacts atteints
4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement
5-Traitement d'une dermatose sous-jacente chez adulte

# FURONCLES

Traitement local : antiseptie

Traitement général si furoncles multiples et récidivants

Limiter la propagation de l'infection : laver les mains ; pas de manipulation ; traitement de tous les gîtes microbiens

Arrêt de travail si travail dans la restauration

## 1-Traitement local

Lavage

Antiseptie (Septivon®)

Antibiotique local à discuter

Si furoncle mûr : extraction du bourbillon

## 2-Traitement général si furoncles multiples et récidivants

Après prélèvements bactériologiques

Macrolide ou Pyostacine® per os, 15 j

## 3-Limiter la propagation de l'infection

Laver les mains, couper et brosser les ongles

Education : pas de manipulation

Recherche et traitement de tous les gîtes microbiens

## 4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

## 5-Arrêt de travail si travail dans la restauration

# ERYSIPELE

Antibiothérapie : amoxicilline PO 15 j ; Peni G IV

Traitement de la porte d'entrée : SAT VAT

Prévention des complications : PAS d'AINS

BU à J21

Prévention des récurrences par traitement des facteurs favorisants

## 1-Mise en condition

Urgence médicale

Hospitalisation si comorbidités, complication, doute diagnostique ou pb social

Repos au lit

## 2-Antibiothérapie

Amoxicilline PO (3-4.5 g/j) pour une durée totale de 15 j

Peni G IV (10-20 MU/j) si hospitalisation puis relais PO par amoxicilline

## 3-Traitement de la porte d'entrée

SAT VAT

Si intertrigo : traitement médical, éviter la macération

## 4-Prévention des complications

Lever précoce

HBPM uniquement si FdR thrombo-embolique

PAS d'AINS (fasciite nécrosante)

## 5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : pouls, T°, état cutané, porte d'entrée

Paradinique : BU à J21

## 6-Prévention des récurrences par traitement des facteurs favorisants

Bas de contention

Régime si surpoids

Chirurgie si varices

# DERMATOPHYTES

Traitement local : Amycor<sup>®</sup> crème 3 sem  
Traitement général dans certains cas  
Eviter les récurrences : facteurs favorisants ; source de contamination  
Déclaration des dermatophytes inter-humaines

## 1-Traitement local

Amycor<sup>®</sup> crème 3 sem

## 2-Traitement général dans certains cas

Cutané étendu ou plantaire, résistant, teigne, unguéal, pilaire  
Griséofulvine 15 j

## 3-Eviter les récurrences

Eviction des facteurs favorisants (humidité, macération, ID)  
Traitement de toutes les localisations simultanément  
Traitement de la source de contamination (chat, homme)

## 4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

## 5-Déclaration des dermatophytes inter-humaines

# CANDIDOSES

Traitement local : Pévaryl<sup>®</sup>  
Traitement général dans certains cas  
Eviter les récurrences : éviction des facteurs favorisants

## 1-Traitement local

Antisepsie

Pévaryl<sup>®</sup> 3 sem (crème, ovule...)

## 2-Traitement général dans certains cas

Formes systémiques, ID

Fungizone<sup>®</sup>

## 3-Eviter les récurrences

Eviction des facteurs favorisants (humidité, macération, ID, savon acide, diabète, médicaments...)

Traitement de toutes les localisations simultanément

## 4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement



# SYPHILIS

Antibiothérapie : Extencilline® ; 1 IM de 2,4 MUI  
Prévention de la réaction de Pick-Herxheimer (discuté)  
Tétrade des MST

## 1-Antibiothérapie

Extencilline®

1 IM de 2,4 MUI (si évolution > 1A ou indéterminée : 3 IM sur 3 sem)

Même ttt pour VIH et femme enceinte

Si CI : cyclines per os, 3 sem

## 2-Prévention de la réaction de Pick-Herxheimer (discuté)

Corticothérapie per os

## 3-Tétrade des MST

Recherche autres MST

Dépistage et traitement du partenaire

Rapports protégés (préservatifs)

Education et information de la patiente

## 4-Surveillance clinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement

# GONOCOQUE / CHLAMYDIA

Antibiothérapie :  
Gonocoque : Rocéphine® ; Vibramycine®  
Chlamydia : Vibramycine®  
Tétrade des MST

## 1-Antibiothérapie

Gonocoque	Chlamydia
<u>Rocéphine®</u> 1 IM de 500 mg	<u>Vibramycine®</u> 200 mg/j, per os, 7 j
<u>Vibramycine®</u> 200 mg/j, per os, 7 j	

## 2-Tétrade des MST

Recherche autres MST

Dépistage et traitement du partenaire

Rapports protégés (préservatifs)

Education et information de la patiente

## 3-Surveillance clinique de l'efficacité et de la tolérance du traitement



# ACNE

## TRAITEMENT DE L'ACNE

Traitement médicamenteux local ou général : rétentionnelle ; inflammatoire ; polymorphe juvénile (inflam + ret) ; nodulo-kystique (Roaccutane®) ; hyperandrogénie

Traitement d'une éventuelle étiologie endocrinologique

Mesures associées : arrêt des médicaments favorisants

## PRECISIONS SUR LE ROACCUTANE® (RMO)

Contre-indication stricte avec les cyclines

Mise en place : 0,75 mg/kg/j, 6 mois, contraception, accord de soin et de contraception signé ;  $\beta$ -Hcg/m, transaminases, cholestérol, Tg

## I-TRAITEMENT DE L'ACNE

### 1-Traitement médicamenteux local ou général

<b>Rétentionnelle</b>	Trétinoïne (Locacid®)
<b>Inflammatoire</b>	<u>Superficielle :</u> -Péroxyde de benzoyle (Eclaran®) -Atb topique (Erythromycine)
	<u>Profonde :</u> -Péroxyde de benzoyle (Eclaran®) -Atb générale (Mynocine®)
<b>Polymorphe juvénile (inflam + ret)</b>	-Péroxyde de benzoyle (Eclaran®) -Trétinoïne (Locacid®) -Atb topique (Erythromycine) (selon)
<b>Nodulo-kystique</b>	Isotrétinoïne (Roaccutane®)
<b>Hyperandrogénie</b>	Anti-androgènes (Androcur®)

### 2-Traitement d'une éventuelle étiologie endocrinologique

### 3-Mesures associées

Arrêt des médicaments favorisants (corticoïdes, androgènes, anticonvulsivants, lithium, rifampicine, vit B12...)

Arrêt des cosmétiques et topiques gras

Eviter l'exposition solaire

Hydratation de la peau

Attention à certaine profession et au violon (zone de friction)

Ne pas manipuler

### 4-Surveillance clinique $\pm$ paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

## II-PRECISIONS SUR LE ROACCUTANE® (RMO)

### 1-Indications

Conglobata

Nodulo-kystique

Echec des traitements

### 2-Contre-indication stricte avec les cyclines

### 3-Bilan pré-traitement, effets secondaires, contre-indications (cf. isotrétinoïne dans chapitre « psoriasis »)

### 4-Mise en place

Doses : 0,75 mg/kg/j

Durée : 6 mois

Sous contraception

Accord de soin et de contraception signé (par les parents si mineur)

Surveillance :

$\beta$ -Hcg/m

Transaminases, cholestérol, Tg (1<sup>er</sup>, 3<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> mois)

# TOXIDERMIE MEDICAMENTEUSE

**ARRET** de tous les médicaments ; CI du médicament en cause à VIE ; déclaration à la pharmacovigilance ; document écrit remis à la sortie de l'hôpital et éducation ; désensibilisation si médicament indispensable

Traitement général : SAT VAT

Surveillance: yeux, muqueuses, surinfections, hydratation

## 1-Urgence, mise en condition

## 2-Traitement étiologique

- ARRET** de tous les médicaments
- CI du médicament en cause à VIE
- Déclaration à la pharmacovigilance
- Document écrit remis à la sortie de l'hôpital et éducation
- Désensibilisation si médicament indispensable

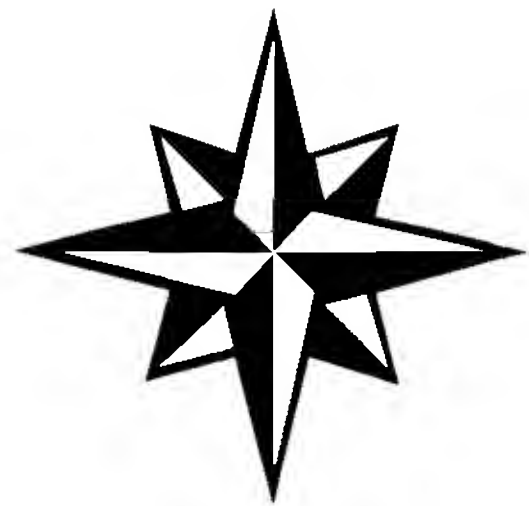
## 3-Traitement local

- Antisepsie cutanée
- Décapage bulle
- Assèchement par solution de nitrate d'argent

## 4-Traitement général

- Rééquilibration hydro-électrolytique
- Régime hyperprotidique
- Prévention de l'ulcère de stress
- Contrôle des tares associées
- SAT VAT**
- Antibiothérapie si surinfection

## 5-Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité du traitement : yeux, muqueuses, surinfections, hydratation



# ENDOCRINOLOGIE





# DIABETE DE TYPE I

## TRAITEMENT GENERAL

Insulinothérapie : semi-lente, rapide ; HbA1c < 6,5%

Régime diabétique : équilibré

Education de l'enfant et des parents (cf.)

Mesures associées : 100% ; psychologique ; carte

Prévention des complications

Surveillance à vie : auto-surveillance ; carnet ; HbA1c

## EDUCATION

Autogestion de l'insuline : injection ; adaptation des doses : prospective, rétrospective

Règles hygiéno-diététiques : observance du régime

Prévention et CAT en cas d'urgence :

Hypoglycémie ; resucrage, glucagon IM

Acidocétose : ne jamais arrêter l'insuline ; si Gly cap > 2,5 : BU, insuline

Auto-surveillance : Gly cap ; carnet

## ORDONNANCE

Type d'ordonnance : 100%

Contenu de l'ordonnance : insuline, lecteur de glycémie ; glucagon ; urgence, appeler le 15

## I-TRAITEMENT GENERAL

### 1-Insulinothérapie

Voie SC

Schéma basal bolus :

**Semi-lente** (Insulatard®) → matin et soir

**Rapide** (Actrapid®) → matin, midi et soir

Doses initiales : 0,8 UI/kg/j (2/3 jour, 1/3 nuit)

Objectifs :

Gly à jeun entre 0,8 et 1,2 g/L

Gly post-prandiale entre 1,2 et 1,4 g/L

**HbA1c < 6,5%**

Pas d'hypoglycémie grave

### 2-Régime diabétique

Normocalorique (2 000 kCal/j)

3 repas/j + 2 collations

Régime **équilibré** : 50% glucides, 30% lipides, 20% protides

Acide gras : 1/3 saturé, 1/3 monoinsaturé, 1/3 polyinsaturé

Eviter sucres : à index glycémique élevé, liquides

### 3-Education de l'enfant et des parents (cf.)

### 4-Mesures associées

Contraception : microprogestatif ou œstropro. microdosé, programmer grossesse

Sociale : prise en charge à **100%**

Sport : CI à la plongée et à l'alpinisme

**Psychologique** : assoc. jeunes diab. (AJD)

Carte de diabétique

### 5-Prévention des complications

Hygiène des pieds

Vaccination

### 6-Surveillance à vie

**Auto-surveillance**

Equilibre du diabète : observance, **carnet**, poids, lipodystrophies, **HbA1c**

Complications : neuro, rénale (créat, ECBU, microalbumine), vasculaire (TA), infectieux (pieds), ophtalmo (FO)

Education : observance, psychologique

## II-EDUCATION

<b>Diabète</b>	Nature, mécanisme, risque, facteurs décompensants
<b>Autogestion de l'insuline</b>	1-Conservation 2-Technique d'injection : -Variation des sites -Horaire régulier 3-Adaptation des doses : -Prospective (anticipatoire) -Rétrospective (compensatoire)
<b>Règles hygiéno-diététiques</b>	1-Observance du régime 2-Maintenir un poids idéal 3-Pas d'alcool, pas de tabac 4-Sport régulièrement (CI : alpinisme et plongée)
<b>Prévention et CAT en cas d'urgence</b>	<b>Hypoglycémie :</b> 1-Adaptation prospective et rétrospective de l'insuline 2-Ne pas sauter de repas 3-Collation au coucher si Gly < 1,3 g/L 4-Toujours avoir 3 sucres sur soi 5-Reconnaître une hypoglycémie (sueurs+++) 6-Resucrage, glucagon IM
	<b>Acidocétose :</b> 1-Ne jamais arrêter l'insuline 2-Si Gly cap > 2,5 : -Faire une BU -Ajouter 5 UI d'insuline par croix de cétonurie -Hydrater -Contrôler cétonurie 2 h après -Si échec, renouveler l'opération à 2 reprises -Si échec, appeler le SAMU
<b>Auto-surveillance</b>	-Gly cap avant chaque repas et le soir au coucher -BU si Gly cap > 2,5 -Carnet de surveillance

## III-ORDONNANCE

<b>Type d'ordonnance</b>	100%
<b>Règles de l'ordonnance</b>	1-Nom du médecin, tampon, signature 2-Date, lieu 3-Nom et prénom du patient 4-Qsp 1 mois
<b>Contenu de l'ordonnance</b>	1-Insuline : -Semi-lente (Insulatard®) → matin et soir (nb d'UI) -Rapide (Actrapid®) → matin, midi et soir (nb d'UI) 2-Stylo injectable -Aiguilles 3-Stylo autopiqueur -Lancettes adaptées -Bandelettes pour lecteur de glycémie -Lecteur de glycémie 4-Glucagon (en bas du réfrigérateur, 1 IM si hypoglycémie) 5-BU 6-En cas d'urgence, appeler le 15



# DIABTETE DE TYPE II

## TRAITEMENT GENERAL

Régime diabétique

Antidiabétiques oraux si besoin :

1<sup>ère</sup> intention :

Sans surcharge pondérale : NORMOcalorique

Avec surcharge pondérale : HYPOcalorique

1<sup>er</sup> échec HbA1c > 6,5% :

Sans surcharge pondérale : sulfamide ; hypoglycémie

Avec surcharge pondérale : biguanide ; ac lactique

2<sup>e</sup> échec HbA1c > 6,5% : bithérapie

Insulino-requérance

Education du patient (cf.)

Prévention et traitement des complications : ARA2 ; FDR CV, statines ; aspirine ; mal perforant plantaire

Surveillance à vie : auto-surveillance

## EDUCATION

Antidiabétiques oraux : sulfamide, hypoglycémie ; biguanide : ac lactique

Règles hygiéno-diététiques

Prévention et CAT en cas d'urgence : arrêt des biguanides 48 h avant une chirurgie ou un examen avec injection iodée

## BIGUANIDES/SULFAMIDES

Sulfamide :

Contre-indications : grossesse ; insuf. rénale ; insuf. hépatique ; interaction médicamenteuse

Effets secondaires : hypoglycémie

Mécanismes : augmente l'insulinosécrétion

Biguanide :

Contre-indications : grossesse ; insuf. rénale ; insuf. hépatique ; > 70 ans ; insuf. cardiaque et respiratoire

Effets secondaires : ac lactique ; digestifs

Mécanismes : abaisse l'insulinorésistance

## I-TRAITEMENT GENERAL

### 1-Régime diabétique

Normocalorique (2 000 kCal/j) ou hypocalorique en fonction du BMI

3 repas/j

Régime équilibré : 50% glucides, 30% lipides, 20% protides

Acide gras : 1/3 saturé, 1/3 monoinsaturé, 1/3 polyinsaturé

Eviter sucres : à index glycémique élevé, liquides

### 2-Antidiabétiques oraux si besoin

	Sans surcharge pondérale	Avec surcharge pondérale
1 <sup>ère</sup> intention	-Activité physique -Régime NORMOcalorique	-Activité physique -Régime HYPOcalorique
Echec HbA1c > 6,5%	Sulfamide hypoglycémiant Gibenclamide (Daonil®) (hypoglycémie)	Biguanide metformine (Glucophage®) (ac lactique)
Echec HbA1c > 6,5%	Bithérapie Sulfamide hypoglycémiant + Biguanide	
Insulino-requérance	Insuline	

### 3-Education du patient (cf.)

### 4-Prévention et traitement des complications

ARA2 si HTA ou microangiopathie

Traitement des FDR CV, statines

Aspirine si macroangiopathie (ou 2 Fdr CV)

Prévention du mal perforant plantaire :

Chaussures souples adaptées et chaussettes

Laver, sécher

Auto-examen des pieds

Soins de pédicure délicats

Consulter si présence d'une plaie



## 5-Surveillance à vie

### Auto-surveillance

Equilibre du diabète : observance, carnet, poids, HbA1c

Complications : neuro, rénale (microalbumine), vasculaire (TA), infectieux (pieds), cardiaque (ECG)

Education : observance, psychologique

## II-EDUCATION

<b>Diabète</b>	Nature, mécanisme, risque, facteurs décompensants
<b>Antidiabétiques oraux</b>	1- <b>Sulfamide</b> hypoglycémiant : risque d'hypoglycémie 2- <b>Biguanide</b> : risque ac lactique
<b>Règles hygiéno-diététiques</b>	1-Observance du régime 2-Maintenir un poids idéal 3-Pas d'alcool, pas de tabac 4-Sport régulièrement
<b>Prévention et CAT en cas d'urgence</b>	<u>Hypoglycémie sous sulfamide :</u> 1-Ne pas sauter de repas 2-Reconnaître une hypoglycémie (sueurs +++) 3-Resucrage
	<u>Prévention de l'ac lactique sous biguanide :</u> <b>Arrêt des biguanides 48 h avant une chirurgie ou un examen avec injection iodée (reprise 48 h après)</b>
<b>Auto-surveillance</b>	-Gly cap -BU -Carnet de surveillance

## III-BIGUANIDES/SULFAMIDES

	<b>Sulfamide hypoglycémiant</b>	<b>Biguanide</b>
<b>Type</b>	Gibenclamide (Daonil®)	Metformine (Glucophage®)
<b>Contre-Indications</b>	1-Allergie 2- <b>Grossesse</b> 3-Insuffisance rénale 4-Insuffisance hépatique (et éthylisme)	
	5-Diabète insulino dépendant 6- <b>Interaction médicamenteuse</b> (AINS, AVK, Lasilix®...)	5-Sujet âgés > 70 ans 6-Insuffisance cardiaque et respiratoire
<b>Effets secondaires</b>	1-Hypoglycémie 2-Allergie 3-Hépatite médicamenteuse	1- <b>Ac lactique</b> 2-Digestifs
<b>Mécanismes</b>	1- <b>Augmente l'insulinosécrétion</b>	1- <b>Abaisse l'insulinorésistance</b> 2-Inb la néoglucogenèse 3-Baisse l'absorption intestinale de glucose

# COMPLICATIONS CHRONIQUES DU DIABETE

## NEPHROPATHIE :

Equilibrer le diabète, l'HTA ; néphroprotecteur : IEC ou ARA2 ; éliminer une sténose de l'artère rénale ; si IRC (Cl < 30), arrêt des antidiabétiques oraux

## RETINOPATHIE :

Equilibrer le diabète progressivement, l'HTA ; aspirine ; photocoagulation au laser Argon si rétinopathie pré-proliférante

## MAL PERFORANT PLANTAIRE :

Equilibrer le diabète ; suppression totale de l'appui ; débridement ; SAT VAT ; Augmentin® ; héparinothérapie ; traitement étiologique ; éducation pour prévenir

<b>Néphropathie</b>	1-Equilibrer le diabète 2-Equilibrer l'HTA (RHD + IEC) 3-Traitement néphroprotecteur : IEC ou ARA2 4-Eviter ou traiter les facteurs aggravants : - Infection urinaire - Médicament néphrotoxique - Adénome prostatique 5-Si diabète de type II : - Eliminer une sténose de l'artère rénale - Si IRC (Cl < 30), arrêt des antidiabétiques oraux
<b>Rétinopathie</b>	1-Equilibrer le diabète progressivement 2-Equilibrer l'HTA 3-Aspirine 4-Photocoagulation au laser Argon : - Rétinopathie pré-proliférante (pan-photocoagulation) - Maculopathie œdémateuse
<b>Mal perforant plantaire</b>	1-Equilibrer le diabète 2-Traitement local : - Suppression totale de l'appui - Désinfection et débridement 3-Traitement général anti-infectieux : - SAT VAT - Antibiothérapie : Augmentin® (staph et anaérobies) IV et relais per os - Héparinothérapie préventive 4-Traitement étiologique 5-Education pour prévenir les récives : - Chaussures souples adaptées et chaussettes - Laver, sécher - Auto-examen des pieds - Soins de pédicure délicats - Consulter si présence d'une plaie

# COMPLICATIONS AIGUES DU DIABETE

## ACIDOCETOSE DIABETIQUE

Traitement d'un choc et rééquilibration hydro-électrolytique : hydrique ; potassium d'emblée

Insulinothérapie : insuline rapide IVSE type Actrapid®

Traitement du facteur déclenchant (atb si infection)

Surveillance: BU cétonurie, iono sg, GDS, ECG

## HYPOGLYCEMIE

Mineure : sucres per os, trouble de la conscience : glucagon 1 IM de 1 mg

Coma hypoglycémique : urgence G30 : 50 mL IVD ; LVAS, PLS ; relais par G10 (2l/24h) ; traitement étiologique

## I-ACIDOCETOSE DIABETIQUE

### 1-Mise en condition

Urgence médicale, pronostic vital

Hospitalisation

1 vvp, SNG, scope cardiotensionnel

Accord parental

### 2-Traitement d'un choc et rééquilibration hydro-électrolytique

Hydrique : 3 premières heures → sérum phy à 1 L/h

à la 3<sup>ème</sup> heure → sérum phy + G5 pour éviter les hypoglycémies

Potassium d'emblée (à adapter à la kaliémie)

Bicarbonates si ph < 7,10 (à discuter)

### 3-Insulinothérapie

Insuline rapide IVSE type Actrapid®

10 ui/h jusqu'à disparition de la cétonurie

Poursuite IV jusqu'à disparition de la cétonurie

Relais par voie SC

### 4-Prévention des complications thrombo-emboliques

### 5-Traitement du facteur déclenchant (atb si infection)

### 6-Surveillance de la tolérance et l'efficacité du traitement

Clinique : pouls, TA, T°, FR, glycémie, hydratation, BU cétonurie, diurèse

Paraclinique : iono sg et u, urée, créat, gly, GDS, ECG

## II-HYPOGLYCEMIE

<b>Mineure</b>	1-Trois sucres per os 2-Glucide à index glycémique élevé 3-Si trouble de la conscience : glucagon 1 IM de 1 mg en l'absence de CI (sulfamides, alcool, IHC) 4-Traitement étiologique 5-Sucre lent (prévenir récurrence)
<b>Coma hypoglycémique</b>	1-En urgence G30 : 50 mL IVD (3 amp) 2-Glucagon 1 IM de 1 mg (selon) en l'absence de CI (sulfamides, alcool, phéochromocytome) 3-Mise en condition : -Hospitalisation -LVAS, PLS -Arrêt alimentation orale et SNG 4-Relais par G10 (2l/24h) 5-Surveillance rapprochée 6-Traitement étiologique

# OBESITE / DENUTRITION

**OBESITE :**

- Objectif pondéral
- Traitement étiologique
- Régime : enquête alimentaire
- Activité physique
- Soutien psychologique, motivation
- Prise en charge des complications et des FDR CV
- Suivi à long terme

**DENUTRITION :**

- Traitement étiologique
- Protéines : hautes valeurs énergétiques
- Compléments nutritionnels
- Soutien psychologique
- Surveillance poids, RBP

Obésité	1-Prise en charge globale, préventive et précoce avec <b>objectif pondéral</b> (diminution de 10-15%) et éducation du patient 2-Traitement <b>étiologique</b> (endocrinopathie, médicament, adaptation d'une contraception) 3-Régime alimentaire : <ul style="list-style-type: none"><li>-Après <b>enquête alimentaire</b></li><li>-Hypocalorique en fonction du BMI</li><li>-Équilibré : 50% glucides, 30% lipides, 20% protides</li><li>-Acide gras : 1/3 saturé, 1/3 monoinsaturé, 1/3 polyinsaturé</li><li>-Eviter sucres : à index glycémique élevé, liquides</li><li>-Hydratation</li><li>-Arrêt de l'alcool</li></ul> 4-Activité <b>physique</b> régulière 5-Soutien <b>psychologique</b> , motivation 6-Prise en charge <b>des complications et des FDR CV</b> 7-Suivi à <b>long terme</b> pour éviter les rechutes 8-Traitement chirurgical en dernier recours (cf.)
Dénutrition	1-Traitement <b>étiologique</b> (cancer, dépression) 2-Réalimentation orale progressive : <ul style="list-style-type: none"><li>-Hypercalorique</li><li>-Équilibrée : 50% glucides, 30% lipides, 20% protides</li><li>-<b>Protéines : hautes valeurs énergétiques</b></li><li>-Hydratation</li><li>-Vitamines et minéraux</li><li>-<b>Compléments nutritionnels</b></li></ul> 3-Soutien <b>psychologique</b> 4-Surveillance : fiche alimentaire, apports, poids, RBP

**TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'OBESITE**

Indication	1-BMI > 40 (ou > 35 si complications majeures) 2-Après un an de prise en charge institutionnelle
CI	1-Troubles du comportement alimentaire 2-Alcoolisme 3-Immunodépression
Traitement	1-Demande écrite du malade 2-Avis médical avec consultation multidisciplinaire : psychiatre, endocrinologue, nutritionniste 3-Anneaux ou by-pass



# INSUFFISANCE SURRENALE

## AIGUE

Pré-hospitalier : 100 mg d'hydrocortisone IM ; 15 (urgence vitale)  
A l'hôpital : choc ; PAS de potassium ; hydrocortisone ; facteur déclenchant ; surveillance ; traitement de fond et éducation

## CHRONIQUE

Hormonothérapie substitutive à vie : 30 mg/j d'hydrocortisone ; 50 µg/j de fludrocortisone

Traitement étiologique

Education :

Traitement : à vie ; pas d'arrêt

Règles hygiéno-diététiques

Facteurs décompensants

CAT en cas d'urgence : décompensation : 100 mg d'hydrocortisone IM

Mesures sociales : carte ; 100%

### I-AIGUE

Pré-hospitalier	1-100 mg d'hydrocortisone IM 2-Appel du 15 (urgence vitale) 3-Transport médicalisé
A l'hôpital	1-Mise en condition 2-Traitement d'un choc et rééquilibration hydro-électrolytique : -Choc : macromolécules ou sérum phy. -Hydrique : G5 + NaCl -PAS de potassium 3-Hormonothérapie substitutive : hydrocortisone : -200 mg/j IVSE -Relais per os dès que possible 4-Ttt d'une hypoglycémie grave 5-Traitement du facteur déclenchant 6-Prévention des complications de décubitus (selon) 7-Surveillance de l'efficacité du traitement : -Clinique : pouls, TA, T°, FR, conscience -Paraclinique : iono sg, gly, ECG 8-Mise en place du traitement de fond et éducation

### II-CHRONIQUE

#### 1-Hormonothérapie substitutive à vie

Glucocorticoïde : 30 mg/j d'hydrocortisone

Minéralocorticoïde : 50 µg/j de fludrocortisone

#### 2-Traitement étiologique

Si tuberculose : quadrithérapie 6 mois ; augmenter les doses d'hormonothérapies en raison de la rifampicine

Si sd de Schmidt : hormonothérapie substitutive thyroïdienne

#### 3-Education

Traitement	-A vie -Pas d'arrêt du traitement -Prévenir une décompensation en doublant les doses
Règles hygléno-diététiques	-Normosodé -Pas de diurétiques, laxatifs ou inducteurs enzymatiques
Facteurs décompensants	-Stress, trauma, grossesse -Fièvre, chirurgie -Vomissements, diarrhée, coup de chaleur -Régime désodé, diurétique, laxatif, inducteur enzymatique
CAT en cas d'urgence	-Connaître les signes de décompensation -Devant une décompensation : 100 mg d'hydrocortisone IM

#### 4-Mesures sociales

Carte d'addisonien (doses, n° à contacter en cas d'urgence)

Prise en charge à 100%

#### 5-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

Poids, TA, asthénie, mélanodermie, digestif, kaliémie

Régression de l'étiologie

# HYPERTHYROÏDIE

## TRAITEMENT GENERAL

Traitement « abraco » : Néo-mercazole® ; contraception ; oculaire  
Surveillance « note » : NFS, plaquettes ; T4 ± TSHus, agranulocytose

## MALADIE DE BASEDOW

Type de traitement :

- Traitement classique (cf.)
- Chirurgie : thyroïdectomie
- IRA-thérapie

Indications :

- Chirurgie : récurrence ; CI aux ATS
- IRA-thérapie : sujet âgé

Principe du traitement :

- Chirurgie : préparation médicale par ATS ; parathyroïdes et récurrent ; thyroïdectomie totale ; calcémie en post-op
- IRA-thérapie : préparation médicale par ATS

Risques :

- Chirurgie : hypocalcémie (parathyroïde) ; atteinte récurrentielle ; hypothyroïdie définitive
- IRA-thérapie : hypothyroïdie ; tératogène ; échec

## I-TRAITEMENT GENERAL « abraco note »

<b>Traitement</b>  <b>« abraco »</b>	A-Anti-thyroïdiens de synthèse : -Néo-mercazole® -40 à 60 mg/j durant 3 sem (dose d'attaque) -Baisse progressive sur 18 mois B-β-bloquants (Avlocardyl®) sauf CI R-Repos/Arrêt de travail A-Anxiolytique (Lexomil®) C-Contraception O-Oculaire (larmes artificielles)
<b>Surveillance</b>  <b>« note »</b>	N-NFS, plaquettes, BHC O-Oculaire surveillance T-T4 ± TSHus (à 3 sem) E-Effets secondaires : agranulocytose, allergie, aguesie, hypothyroïdie, hépatite cholestatique

## II-MALADIE DE BASEDOW

Trois traitements possibles :

- 1.Traitement classique (cf.)
- 2.Chirurgie : thyroïdectomie
- 3.IRA-thérapie

	Chirurgie	IRA-thérapie
<b>Indications</b>	1-Récurrence à moins de 40 ans 2-CI aux ATS	1-Récurrence chez le sujet âgé 2-CI à la chirurgie
<b>Principe du traitement</b>	1-Préparation médicale par ATS pour obtenir une euthyroïdie 2-Repérer les parathyroïdes et le récurrent 3-Thyroïdectomie totale 4-Calcémie en post-op 5-Lévothyrox® dès le lendemain	1-Préparation médicale par ATS pour obtenir une euthyroïdie 2-IRA-thérapie 3-Lévothyrox® si hypothyroïdie séquellaire
<b>Risques</b>	1-Hypocalcémie (parathyroïde) 2-Atteinte récurrentielle 3-Hypothyroïdie définitive 4-Esthétique 5-Crise aiguë thyrotoxique 6-Hématome, infection	1-Hypothyroïdie définitive 2-Tératogène 3-Echec

# HYPOTHYROIDIE

Mesures préliminaires : traitement d'une insuffisance surrénale ; ECG, CPK, troponine, TSHus

Hormonothérapie substitutive à vie :

Jeune ET sans insuffisance coronaire : ambulatoire ; doses élevées ; TSH us normale

Agé OU insuffisance coronaire : hospitalisation ; doses faibles ; T4 normal ; prévention coronarienne

Education du patient : à vie

Surveillance régulière à vie : cardiaque

## 1-Mesures préliminaires

Traitement d'une insuffisance surrénale (si sd de Schmidt)

Traitement d'une anémie et d'une insuffisance coronaire

ECG, CPK, troponine, TSHus avant et après toute modification de traitement

## 2-Hormonothérapie substitutive à vie

Jeune ET Sans insuffisance coronaire	Agé OU Insuffisance coronaire
1-Ambulatoire 2-Début à doses élevées 3-Objectif : TSH us normale	1-Hospitalisation 2-Début à doses faibles 3-Objectif : T4 normal 4-Prévention coronarienne (selon) -β-bloquants -Aspirine -Nitrés

## 3-Education du patient

A vie

Pas auto-médicamentation

CAT si douleurs thoraciques

## 4-Surveillance régulière à vie

Régression des signes cliniques et biologiques (TSHus et T4)

Tolérance cardiaque (clinique, ECG)

**NB :** en cas de grossesse, augmenter les doses de Lévothyrox®



# DYSTHYROIDIE A LA CORDARONE®

Examens complémentaires

Traitement en fonction des résultats :

Résultats : scinti blanche

Pathologie : type I (précoce), type II (tardive)

Traitement : corticothérapie à 1 mg/kg/j

## 1-Examens complémentaires

TSHus, T3, T4

Scinti thyroïdienne à l'I123

Iodurie des 24 h, (± iodémie)

## 2-Traitement en fonction des résultats

Résultats	Pathologie	Traitement
TSH ↑	Hypothyroïdie à la Cordarone®	1-± Arrêt de la Cordarone® 2-Lévothyrox®
-TSH ↓ -Scinti : Basedow Nod toxiq GMNT	Hyperthyroïdie à la Cordarone® de type I (précoce)	<u>Bien tolérée :</u> 1-Arrêt de la Cordarone® 2-Traitement général des hyperthyroïdies (cf.)
		<u>Mal tolérée :</u> 1-Arrêt de la Cordarone® 2-Thyroidectomie totale
-TSH ↓ -Scinti blanche	Hyperthyroïdie à la Cordarone® de type II (tardive)	<u>Bien tolérée :</u> 1-Arrêt de la Cordarone® 2-Traitement général des hyperthyroïdies (cf.)
		<u>Mal tolérée :</u> 1-Arrêt de la Cordarone® 2-Traitement général des hyperthyroïdies (cf.) 3-Corticothérapie à 1 mg/kg/j

# CANCER DE LA THYROÏDE

## DIFFERENCIE :

Tyroïdectomie totale, anapath ; scinti de contrôle à l'I123, Tg, IRathérapie ; Lévothyrox® ; bilan à 6 mois

## MEDULLAIRE :

Tailement d'un phéochromocytome ; thyroïdectomie totale, anapath, parathyroïdectomie, si hyperparathyroïdie ;

Lévothyrox® ; thyrocalcitonine, ACE

<b>Différencié</b>	<p>1-Traitement chirurgical curatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Thyroïdectomie totale</li> <li>-Curage gg homolatéral (bilat si isthme atteint)</li> <li>-Extemporane et anapath définitive</li> </ul> <p>2-Six sem après la chirurgie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Scinti de contrôle à l'I123 (corps entier)</li> <li>-Dosage de la Tg</li> <li>-IRathérapie à l'I131 (100 mCi)</li> </ul> <p>3-Traitement médical freineur à vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lévothyrox®</li> <li>-Objectif : TSHus indosable</li> </ul> <p>4-Bilan à 6 mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Après arrêt du Lévothyrox® 1 mois avant</li> <li>-Tg, TSHus, scinti à l'I123</li> </ul> <p>5-Surveillance à vie de l'absence de rechutes</p>
<b>Médullaire</b>	<p>1-Traitement d'une NEM :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Traitement d'un phéochromocytome</li> <li>-Si hyperparathyroïdie, parathyroïdectomie peropératoire</li> <li>-Dépistage familial</li> </ul> <p>2-Traitement chirurgical curatif :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Thyroïdectomie totale</li> <li>-Curage gg bilatéral</li> <li>-Extemporane et anapath définitive</li> <li>-Parathyroïdectomie, si hyperparathyroïdie</li> </ul> <p>3-Hormonothérapie substitutive à vie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lévothyrox®</li> <li>-Calcium + vit D si parathyroïdectomie</li> </ul> <p>4-Surveillance à vie de l'absence de rechutes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Clinique</li> <li>-Biologique : thyrocalcitonine, ACE</li> </ul>

# ADENOME HYPOPHYSAIRE A PROLACTINE

Arrêt d'un traitement médicamenteux aggravant  
Traitement curatif :  
Indications : chirurgical si échec ou macroadénome  
Modalités : médical : bromocriptine (Parlodel®) ; chirurgical : adénectomie sélective par voie trans-sphénoïdale

1-Arrêt d'un traitement médicamenteux aggravant (œstroprogestatif...)

2-Traitement curatif

	Médical	Chirurgical
Indications	-Pas de CI à la bromocriptine -Microadénome -Macroadénome même avec troubles visuels	-Echec du traitement médical -Macroadénome compressif -Adénome mixte
Modalités	1-Bromocriptine (Parlodel®) 2-A doses progressives en l'absence de CI 3-Prl à 1 m et IRM à 6 m	1-Adénectomie sélective par voie trans-sphénoïdale

3-Surveillance clinique et paraclinique

Efficacité : aménorrhée, galactorhée, sd tumoral

Tolérance : effets secondaires Parlodel® ou complications chirurgicales

# GYNECOMASTIE

- 1-Traitement étiologique (tumeur, médicaments...)
- 2-Traitement symptomatique
  - Enfant : abstention
  - Adulte : DHT transcutané (Andractim®)
  - Adulte + hypogonadisme : Androtardyl®
- 3-Traitement chirurgical exceptionnel
- 4-Surveillance

# DYSLIPIDEMIES

## Ila : hypercholestérolémie :

Régime : hypocholestérolémiant, poisson  
 Médical si échec à 3 m : statine ; CPK et transaminases

## IV : hypertriglycéridémie :

Régime : pas de sucres rapides, pas d'alcool, réduction pondérale si surpoids  
 Médical si échec à 3 m : fibrates ; CPK et transaminases

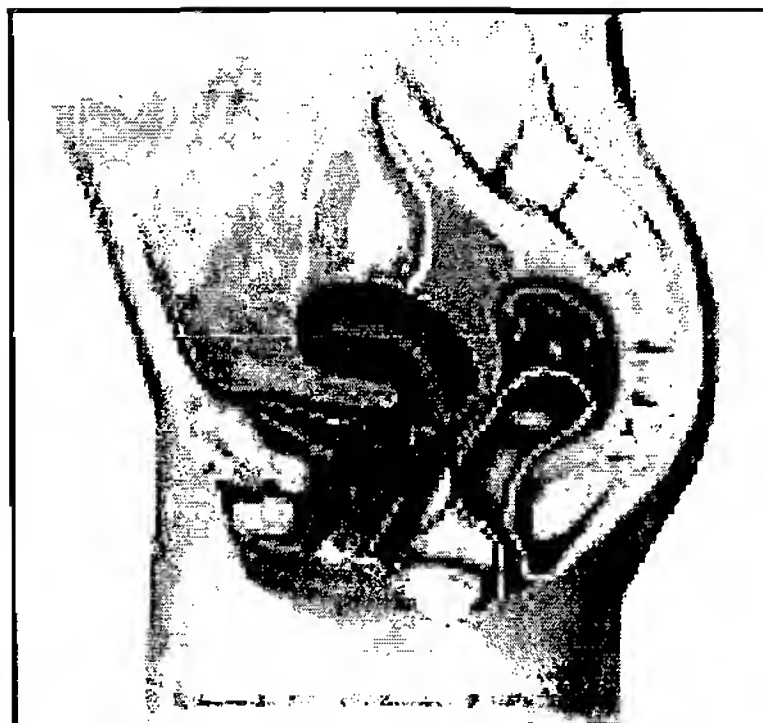
	Ila : hypercholestérolémie	IV : hypertriglycéridémie
Régime	-Normocalorique (2 000 kCal/j) -Régime équilibré : 50% glucides, 30% lipides, 20% protides -Acide gras : 1/3 saturé, 1/3 monoinsaturé, 1/3 polyinsaturé	
	-Régime hypocholestérolémiant éviter abats, jaune d'œuf -Huile de poisson -Eviter de faire chauffer les huiles végétales > 170°	-Pas de sucres rapides -Pas d'alcool -Réduction pondérale si surpoids
Médical si échec à 3 m	-Statine : Tahor® -Surveillance : CPK et transaminases -Si échec fibrates	-Fibrates : Lipanthyl® -Surveillance : CPK et transaminases -Si échec statines

## **NB : si patient diabétique :**

- Equilibrer le diabète
- Bilan à 3 mois
- Si persistance, traitement médicamenteux



# GYNECOLOGIE





# TRAITEMENT HORMONAL SUBSTITUTIF

## Contre-indications :

Cancer du sein, cancer de l'endomètre, thrombo-embolique

## Mise en place :

Glycémie à jeun, cholestérol, triglycérides, mammo bilatérale et comparative, frottis cervico-vaginaux

## Information du patient

<b>Contre-Indications</b>	1-Antécédents de cancer du sein 2-Antécédents de cancer de l'endomètre 3-Antécédents thrombo-emboliques 4-Insuffisance hépatocellulaire 5-Tumeur hypophysaire 6-Relative (LEAD, diabète, HTA, dyslipidémie)
<b>Méthode de mise en place</b>	1-Expliquer, informer et proposer 2-Après bilan pré-thérapeutique : -Clinique : complet, TA, gynéco -Paraclinique : glycémie à jeun cholestérol, triglycérides mammo bilatérale et comparative frottis cervico-vaginaux 3-Œstrogènes naturels associés à progestatifs (sauf si hystérectomie : œstrogènes seuls) 4-Schéma avec ou sans règles 5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement -Clinique :     surdosage : poids, nausées, règles, tension mam sous-dosage : syndrome climatérique examen complet, notamment gynéco -Paraclinique : mammographie (/2an, jusqu'à 74ans) FCV (/2 ans, jusqu'à 65 ans) gly, cholest, trygly (à 3 mois puis à 6 mois)
<b>Information du patient : (ANAES)</b>	1-Information objective sur : -Médicament -Indications -Contre-indications -Effets indésirables -Durée limitée -Surveillance -Claire, précise, compréhensible -Rapport bénéfice/risque 2-Type : -Œstroprogestatif -Œstrogène si patiente hystérectomisée 3-Bénéfices : -Efficace sur :     -syndrome climatérique -fractures ostéoporotiques -Non efficace sur : -démence -troubles cognitifs 4-Risques : -Cancer du sein -Thrombo-embolique -Pas de risque de cancer de l'endomètre (sauf si œstrogène seul) -Baisse le risque de cancer colo-rectal



# CONSEILS POUR LA GROSSESSE

Informar, éduquer, prévention

Alimentation

Supplémentation : vit D

Prévenir l'immunisation rhésus, la listériose, la toxoplasmose, rubéole

Dépistage

## 1-Informer, éduquer, prévention

## 2-Contre-indiquer

Alcool

Tabac

Automédication

Drogues

## 3-Alimentation

Variée, équilibrée

Légumes et fruits (RHD si toxo-)

Produits laitiers

## 4-Supplémentation

Vit D à 28 sa (100 000 UI)

Acide folique (selon)

## 5-Prévenir l'immunisation rhésus

## 6-Prévenir la listériose

Eviter les aliments à risque : charcuterie, fromage et lait non pasteurisé

Bien cuire la viande

Respect des dates de péremptions

Nettoyer régulièrement le réfrigérateur

Laver fruits et légumes

Se laver les mains

Amoxicilline 10 jours si signes infectieux

## 7-Prévenir la toxoplasmose (si sérologie négative)

Viande bien cuite ou congelée

Fruits et légumes lavés

Se laver les mains

Pas de contact avec chats et litières

Sérologies mensuelles

## 8-Prévenir la rubéole

Vérifier vaccination

Pas de contagion avec maladies éruptives

Ne jamais vacciner pendant la grossesse

Vaccination en post-partum

## 9-Surveillance clinique et paraclinique, dépistage

# BESOINS NUTRITIONNELS ET GROSSESSE

Apports énergétiques : 2 000 kCal/j  
Boire : 2 L/j  
Calcium : 1 g/j  
D vitamine : 100 000 UI à 28 sa  
Er : fer : 20 mg/j  
Folates : 0,5 mg/j  
5 mg/j si grossesse multiple ou anti-épileptiques

## ANTI-EPILEPTIQUES ET GROSSESSE

Complications :  
Crises, spina bifida, cardiaque  
CAT :  
Informé, contraception ; programmer, à distance d'une poussée  
Dépakine® = monothérapie ; vit B9, vit K  
 $\alpha$ -FP, cholinestérase, dépakinémie, échographie fœtale

Complications	1-Mère = augmentation du nombre de crises 2-Fœtus = spina bifida, fente labio-palatine, dysmorphie, malformation cardiaque
CAT	1-Informer la patiente, contraception sous anti-épileptiques 2-Programmer la grossesse à distance d'une poussée 3-Choisir Dépakine® = monothérapie, dose minimale efficace 4-Supplémentation vitaminique = -Vit B9 -Vit K -Vit D 5-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement -Clinique -Biologique = $\alpha$ -FP, cholinestérase, Dépakinémie -Morphologique = échographie fœtale régulière

# GROSSESSE EXTRA-UTERINE

## TRAITEMENT CHIRURGICAL

Informé

Traitement chirurgical: cœloscopie, salpingotomie, ablation du sac embryonnaire: salpingectomie, anatomopathologie

Gamma globuline anti-rhésus D

Education, Contraception

## TRAITEMENT MÉDICAL

Méthode: acide folique, Méthotrexate®

Gammaglobuline anti-rhésus D

Surveillance bêta-HCG

## I-TRAITEMENT CHIRURGICAL

### 1-Mise en condition

Urgence médico-chirurgicale (selon la clinique)

Hospitalisation en gynécologie

1 vvp, bilan pré-op

Correction d'un éventuel choc hypovolémique (par rupture)

Après avoir informé la patiente du risque de salpingectomie et de laparotomie !!!

### 2-Traitement chirurgical

Cœloscopie diagnostique et thérapeutique (ou laparo en fonction de l'hémodynamique)

Exploration du pelvis: affirmer le diagnostic, localiser la GEU, trompe CL

Salpingotomie, ablation du sac embryonnaire (si traitement conservateur impossible: salpingectomie)

Toilette péritonéale (épanchement du douglas)

Anatomopathologie de la pièce opératoire

### 3-Gammaglobuline anti-rhésus D !!!

### 4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement: clinique, écho et β-HCG !!!

### 5-Education de la patiente sur les facteurs de risque

Arrêt du tabac

Pas de stérilet

Pas de micro-progestatifs

Prévenir MST

### 6-Contraception

## II-TRAITEMENT MÉDICAL

<b>Indications</b>	1-Diagnostic clairement établi 2-β-HCG inférieur à 10 000 3-Bonne compliance 4-Hémodynamique stable 5-Epanchement péritonéal faible et stable 6-Pas de contre-indications: IHC, IR 7-Pas d'activité cardiaque échographique
<b>Bilan pré-thérapeutique</b>	1-NFS, plaquettes, ionogramme 2-BHC, urée, créat
<b>Méthode</b>	1-En hospitalisation !!! 2-Informer du risque d'échec 3-Acide folique 8 h avant 4-Méthotrexate® intramusculaire 5-Gammaglobuline anti-rhésus D !!! 6-Surveillance bêta-HCG !!!

# TOXOPLASMOSE

## Séroconversion au 1<sup>er</sup> trimestre :

Rovamycine<sup>®</sup>, amniocentèse

## Si confirmation de l'infestation du fœtus :

Pyrazinamide, sulfadiazine, acide folique

## Examen la naissance

### 1-Séroconversion au 1<sup>er</sup> trimestre

Rovamycine<sup>®</sup> (spyramicine)

Amniocentèse à 20 sa avec recherche :

IgM spécifiques

PCR ADN t. gondii

Inoculation à la souris

Culture

Signes biologiques indirects non spécifiques

### 2-Si confirmation de l'infestation du fœtus

Informez la patiente

Traitement in utero : (psa)

**Pyrazinamide**

**Sulfadiazine**

**Acide folique**

Surveillance écho/mois : selon discuter ITG

A la naissance continuer psa

**Surveillance 1 an** (FO, biologique et sérologique)

### 3-A la naissance

Examen clinique : neuro, FO

Biologie avec NFS et BHC

Infectieux :

Sérologie du cordon

Placenta (examen parasito et histo)

Neurologie :

Radio du crâne

EEG

ETF

PL (hyper albuminorachie)

Refaire un bilan à 10 sem de vie

Traiter l'enfant par psa

**NB :** si amniocentèse négative : Rovamycine<sup>®</sup> + surveillance écho + bilan à la naissance + si infestation, traitement de l'enfant par psa avec surveillance 1 an

# MENACE D'ACCOUCHEMENT PREMATURE

Maternité niveau 2 ou 3  
Electro-cardiotocographie  
Traitement étiologique  
Corticothérapie prénatale avant 34 sa  
Attention aux CI du traitement tocolytique  
Prévention d'une récurrence

## 1-Mise en condition

Urgence médicale  
Hospitalisation en maternité niveau 2 ou 3  
1 VVP, électro-cardiotocographie  
Repos au lit

## 2-Traitement étiologique (antibiothérapie si infection)

## 3-Corticothérapie prénatale avant 34 sa

## 4-Traitement tocolytique

Sauf CI : chorioamniotite et souffrance fœtale aiguë  
Voie parentérale IVSE  
Traitement 48 h  
Nicardipine (ICa) +++  
Ou atosiban (antagonistes de l'ocytocine)  
Ou salbutamol ( $\beta$ 2-mimétiques)  
A arrêter immédiatement si signes infectieux ou souffrance fœtale aiguë

## 5-Surveillance clinique et paraclinique maternelle et fœtale

Efficacité : contractions utérines, cardiotocographie durcissement du col, écho du col  
Tolérance maternelle des  $\beta$ 2+ : tachycardie, tremblements  
Tolérance fœtale : mouvements actifs fœtaux, RCF  
Infectieux : NFS, CRP, PV, ECBU

## 6-A distance prévention d'une récurrence

Education de la patiente  
Limiter les facteurs de risque  
Surveillance plus rapprochée  
Arrêt de travail

# SALPINGITE AIGUE

Antibiothérapie  
Tétrade des MST

## 1-Mise en condition

Urgence médico-chirurgicale, hospitalisation  
A jeun, 1 VVP, bilan préopératoire  
Information de la patiente

## 2-Antibiothérapie

Double  
Bactéricide, synergique  
Probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme  
IV  
Augmentin® + Vibramycine®  
21 jours

## 3-Traitement chirurgical par cœlioscopie

diagnostique :  
Exploration  
Prélèvements  
Fitz-Hugh-Curtis (périhépatite)  
Thérapeutique :  
Adhésiolyse  
Drainage si pyosalpinx  
Toilette péritonéale avec lavage abondant  
Pronostique

## 4-Traitement symptomatique

Antalgique  
Antispasmodique  
Vessie de glace  
Contraception œstroprogestative

## 5-Surveillance tolérance et efficacité du traitement

Clinique : T°, douleurs, leucorrhée, examen gynéco  
Paraclinique : NFS, VS, CRP, bilan MST selon  
A distance si femme jeune : cœlio (+ épreuve au bleu) ou HSG

## 6-Tétrade des MST

Recherche autres MST  
Dépistage et traitement du partenaire  
Rapports protégés (préservatif)  
Education et information de la patiente

# ACCOUCHEMENT

Sondage urinaire, péridurale, partogramme, affirmer le début du travail

Accouchement par voie basse (céphalique, OIGA) : dilatation, engagement (signe de Farabeuf), descente, rotation, dégagement, épisiotomie, expulsion

Délivrance et examen du placenta, prise en charge du nouveau-né

Surveillance 2 h en salle de travail

## 1-Mise en condition

Urgence médicale

A jeun, 1 VVP

Electrocardiographie

Sondage urinaire systématique

Consultation d'anesthésie

Anesthésie péridurale

Partogramme systématique (dilatation, CU, RCF)

Information et préparation

## 2-Affirmer le début du travail

Contractions utérines

Modifications cervicales (raccourci et dilaté)

Perte du bouchon muqueux

Rupture de la poche des eaux

## 3-Interrogatoire et examen clinique complet

## 4-Accouchement par voie basse (céphalique, OIGA)

Col utérin : dilatation

Détroit supérieur : engagement (signe de Farabeuf)

Détroit moyen : descente, rotation

Détroit inférieur : dégagement (par mouchage)

Episiotomie préventive selon les cas

Périnée : expulsion (tête, épaule en ant-post)

## 5-Délivrance et examen du placenta

Délai inférieur à 30 minutes

Sous bon éclairage

Vérifier que le placenta est complet

Face maternelle et fœtale

Cordon (2 artères et 1 veine)

Bactério et anapath selon les cas

## 6-Prise en charge du nouveau-né

## 7-Surveillance

2 h en salle de travail minimum

avec pouls, TA, saignement, douleurs, globe utérin

24 h de façon rapprochée

avec cicatrice d'épisiotomie, lochies, urines



# PREECLAMPSIE

Décubitus latéral gauche, traitement antihypertenseur  
Discuter extraction fœtale  
Corticothérapie prénatale si < 34 SA  
Surveillance : ROT, RCF, échographie et doppler des artères ombilicales  
A distance : prochaine grossesse si forme grave ; aspirine, 100 mg/j

## 1-Mise en condition

Urgence médicale, hospitalisation  
1 VVP, scope cardio-tensionnel  
Repos au lit en **décubitus latéral gauche**  
Electro-cardiotocographie  
Liberté des voies aériennes supérieures

## 2-Traitement antihypertenseur

Baisse de la TA jamais brutalement et jamais en dessous de 130/80 mmHg  
voie IV si TA > 160/90 mmHg  
ICa ou anti-HTA central

## 3-Stricte contre-indication à :

Régime sans sel  
IEC et diurétiques

## 4-Selon la clinique, extraction fœtale

Par césarienne  
En cas de mauvaise tolérance maternelle ou fœtale  
En urgence  
Seul traitement efficace

## 5-Corticothérapie prénatale si < 34 SA

## 6-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Maternelle : TA, ROT, éclampsie, HRP, HELLP syndrome (signe de Chaussier)  
Fœtale : MAF, RCF, échographie et doppler des artères ombilicales

## 7-A distance

Bilan complet  
Prévention secondaire à la **prochaine grossesse si forme grave de prééclampsie (aspirine, 100 mg/j, en continu, de 15 à 35 SA)**

# GROSSESSE CHEZ LA DIABETIQUE

Planifier la grossesse  
Régime diabétique, insulinothérapie  
Surveillance

## 1-Contre-indiquée si coronaropathie

## 2-Planifier la grossesse

Education de la patiente :

Auto-surveillance

Auto-adaptation

Reconnaître une urgence et conduite à tenir

Objectifs gly. :

Avant la grossesse → AJ : 0.95-1.2 g/L PP : 1.2-1.4 g/L

Pendant la grossesse → AJ : <0.95 g/L PP : 0.95-1.2 g/L

## 3-Régime diabétique

Equilibré

Jamais inférieur à 1 800 kcal

50% glucides, 30% lipides et 20% protides

Acides gras (1/3 saturés, 1/3 mono insaturés, 1/3 poly insaturés)

3 repas et 2 collations

## 4-Insulinothérapie

Arrêt de tout antidiabétique oral

Schéma basal bolus

SC (si échec pompe à insuline)

## 5-Surveillance régulière

Par diabétologue et obstétricien

Equilibre du diabète : glycémie capillaire, HbA1c, fructosamine

Maternelle : ophtalmo, néphro, cardiovasculaire

Fœtale : échographie, RCF

## 6-Accouchement par voie basse

Sauf CI : rétinopathie diabétique

Sous insulinothérapie IVSE

Avec glycémie capillaire toutes les 1/2 h

De façon programmée

## 7-Post-partum

Micro-progestatifs

Insuline à adapter

Allaitement à conseiller

Surveillance du diabète à continuer

# ANTICOAGULANTS ET GROSSESSE

## REGLES DE L'ANTICOAGULATION

AVK : CI

Héparine non fractionnée : autorisée

Avant la grossesse et au premier trimestre :

Arrêt des AVK, HBPM ou héparine standard sous-cutanée : Calciparine®

En post-partum :

Si allaitement : Calciparine®

## I-REGLES DE L'ANTICOAGULATION

HBPM : autorisée

AVK : CI le 1<sup>er</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre

Héparine non fractionnée : autorisée

## II-CONDUITE A TENIR DURANT LA GROSSESSE

### 1-Avant la grossesse et au premier trimestre

Arrêt des AVK !!!

Relais classique

HBPM ou héparine standard sous-cutanée : Calciparine®

Surveillance :

TP, INR (pour le relais)

NFS, plaquettes et TCA (si HNF) ou anti-Xa

A la 4<sup>ème</sup> heure, puis 2/sem le 1<sup>er</sup> mois, puis 1/sem

### 2-Au second trimestre

Arrêt héparine

Relais classique

AVK type Sintrom®

Surveillance :

INR, NFS, plaquettes

INR à 48 h, à 48 h après équilibration, puis 1/sem

### 3-Au troisième trimestre

Idem avant la grossesse

### 4-En post-partum

Si allaitement : Calciparine®

Si pas allaitement : AVK

*Le plus simple : héparine toute la grossesse*

# HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE

## Mesures préventives :

Sondage urinaire, ocytociques, de la physiologie de la délivrance

## Mesures curatives :

Traitement d'un choc hypovolémique : bilan pré-transfusionnel

Révision utérine ; sous valves ; prostaglandines (Nalador®) ; embolisation ; ligature des artères utérines ; hystérectomie d'hémostase

<b>Mesures préventives</b>	<p>1-Accouchement médicalisé</p> <p>2-Sondage urinaire systématique !!!</p> <p>3-Ocytociques type Syntocinon® en IVD lors du dégagement des épaules</p> <p>4-Respect de la physiologie de la délivrance :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Attendre une délivrance spontanée</li> <li>-Pas de traction sur le cordon</li> <li>-Révision utérine en l'absence d'expulsion au bout de 30 minutes</li> </ul> <p>5-Suture épisiotomie ou de toutes plaies de la filière génitale</p> <p>6-Surveillance systématique 2 h en salle de travail</p>
<b>Mesures curatives</b>	<p>1-Mise en condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Urgence médicale, pronostic vital</li> <li>-O2 nasal fort débit</li> <li>-2 VVP, scope cardiotensionnel</li> </ul> <p>2-Traitement d'un choc hypovolémique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Macromolécules ou sérum phy.</li> <li>-Drogues vaso-actives en dernier recours</li> <li>-Après bilan pré-transfusionnel, commande de culots globulaires iso groupe et iso rhésus</li> </ul> <p>3-Traitement étiologique à disposition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Révision utérine sous stricte asepsie + AB</li> <li>-Massage utérin</li> <li>-Examen sous valves et suture des plaies</li> <li>-Ocytociques (Syntocinon®)</li> <li>-Prostaglandines (Nalador®)</li> <li>-Embolisation sélective des artères utérines</li> <li>-Ligature des artères utérines</li> <li>-Hystérectomie d'hémostase</li> </ul> <p>4-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement (quantité de culots globulaires transfusés et signes de choc)</p>

# INTERRUPTION VOLONTAIRE DE GROSSESSE

Condition légale (loi du 4 juillet 2001) :

14 sa ; 1<sup>ère</sup> consultation ; 2<sup>ème</sup> consultation ; demande d'IVG ; déclaration

Traitement médical :

-Antiprogestérone RU486® ; prostaglandines Cytotec® ; immunoglobulines anti-rhésus D ; contraceptif ; soutien psychologique ; écho à J15

-Aspiration à la canule ; immunoglobulines anti-rhésus D ; contraceptif ; soutien psychologique ; écho à J15

<b>Condition légale (loi du 4 juillet 2001)</b>	1-Terme inférieur à 14 sa 2-1 <sup>ère</sup> consultation : information, dossier guide, certificat 3-2 <sup>ème</sup> consultation : expliquer les modalités, 2 <sup>ème</sup> certificat 4-Consultation sociale obligatoire pour les mineures 5-Demande d'IVG : nominale, écrite et signée 6-Déclaration à la DDASS 7-Etablissement agréé 8-Médecin qualifié
<b>Traitement médical</b>	<p><u>1<sup>er</sup> cas : « terme inférieur à 7 sa = traitement médical »</u></p> 1-Antiprogestérone RU486® mifepristone 2-Prostaglandines Cytotec® 3-Antalgiques, antispasmodiques 4-Immunoglobulines anti-rhésus D 5-Contraceptif au décours 6-Soutien psychologique 7-Contrôle écho à J15
	<p><u>2<sup>ème</sup> cas : « terme entre 7 sa et 14 sa = traitement chirurgical »</u></p> 1-Consultation anesthésie (AG ou AL) 2-Prostaglandines Cytotec® en pré-chirurgical 3-Au bloc opératoire 4-Dilatation à la bougie 5-Aspiration à la canule 6-Antalgiques, antispasmodiques 7-Immunoglobulines anti-rhésus D 8-Contraceptif au décours 9-Soutien psychologique 10-Contrôle écho à J15
<b>Mesures associées</b>	1-Education de la patiente 2-Suivi psychologique 3-Surveillance gynécologique

# ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION PAR FIV

Condition légale (loi du 29 juillet 1994) : Infertiles ; plus de 2 ans ; consentement écrit

Information de la patiente

Traitement médical :

Stimulation de l'ovulation , monitoring, recueil de gamètes, mise en culture, transfert in utéro,  $\beta$ -HCG

## 1-Condition légale (loi du 29 juillet 1994)

Couples **infertiles** vivants  
En âge de procréer  
Marié ou concubin depuis **plus de 2 ans**  
En centre spécialisé agréé  
Par un médecin spécialiste qualifié  
**Consentement écrit**

## 2-Information de la patiente

Compréhensible  
Sur rapport bénéfices/risques  
Sur risque d'échec et de grossesses multiples  
Sur le déroulement de la FIV  
Prise en charge **psychologique**

## 3-Stimulation de l'ovulation

Agoniste GnRH (Décapeptyl®) : désensibilisation ovarienne  
FSH : recrute, maintient et développe plusieurs follicules  
**Monitoring** avec surveillance écho et hormonale (LH, E2)  
Gonadotrophine chorionique HCG : simule le pic de LH et déclenche l'ovulation

## 4-Recueil de gamètes

Femme : ovocytes matures recueillis par ponction trans-vaginale  
Homme : sperme du conjoint (ou donneur)

## 5-Mise en culture

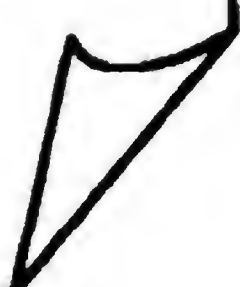
In vitro  
Sur milieu de culture  
Jusqu'au stade blastomère

## 6-Transfert in utéro

48 h après la ponction  
Avec un cathéter  
2 (à 3) embryons

## 7-En post-transfert

Surveillance rapprochée  
 $\beta$ -HCG systématique à J15  
Progestatif durant plusieurs semaines





# CANCER DE L'OVAIRE

Exérèse maximale ; anatomopathologie  
Chimiothérapie  
CA125  
Triade du cancer

Chirurgie 1 <sup>er</sup> look	1-But : diagnostic -Bilan d'extension -Thérapeutique : <b>exérèse maximale !!!</b> 2-Principe : -Laparotomie médiane xyphoïdo-pubienne -Prélèvement cytologique péritonéal -Biopsies multiples (péritoine, gouttières...) -Hystérectomie totale -Annexectomie bilatérale -Omentectomie -Lymphadénectomie pelvienne et lombo-aortique -Extemporane, limites d'exérèse - <b>Anatomopathologie définitive</b> -Appendicectomie	
Chimiothérapie	Sels de platines ± taxanes	
Bilan complet et conduite à tenir	1-Clinique 2-Biologique : <b>CA125</b> , ACE 3-Radiologique : -TDM abdomino-pelvienne -Echographie pelvienne -Rx de thorax 4-Conduite à tenir :	
	Résection totale	Résection non totale
	-Surveillance	1-Si rémission à 3 cures de chimio : -Chirurgie d'intervalle -Puis 3 nouvelles cures 2-Si non rémission : -3 cures de chimio -Bilan à nouveau
Triade du cancer	1-Psychothérapie de soutien 2-100% +/- exonération du ticket modérateur 3-Association de malades	
Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement à vie	1-Examen clinique : -Etat général -Local (examen gynécologique) -Régional (aires ganglionnaires) -Métastatique 2-Biologie : marqueurs tumoraux 3-Morphologique tous les ans : -Rx de thorax -Echo hépatique et BHC -Scanner abdomino-pelvien	

NB : chirurgie de 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> look n'existe plus



# CANCER DE L'ENDOMETRE

Traitement selon les classifications de FIGO : FIGO 1 et 2 ; FIGO 3 et 4

Triade du cancer

Contre-indication stricte au THS

## 1-Traitement selon les classifications de FIGO

FIGO 1 et 2	FIGO 3 et 4
1-Chirurgie : <ul style="list-style-type: none"><li>-Hystérectomie totale</li><li>-Annexectomie bilatérale</li><li>-Curage gg</li></ul> 2-Radiothérapie externe si N+, envahissement myomètre > 50% Grade histo > III 3-Curiethérapie vaginale post-op :discuter si T. proche du col	1-Reduction tumorale max. 2-Radiothérapie externe 3-Curiethérapie 4-Chimiothérapie (selon)

## 2-Triade du cancer

Psychothérapie de soutien

100% +/- exonération du ticket modérateur

Association de malade

## 3-Contre-indication stricte au THS

## 4-Surveillance clinique et paraclinique tolérance et efficacité du traitement (penser à écho rénale à J10, frottis)

### NB :

Utérus pas à la mode (surtout dans les annales de 1990)

Actuellement apprenez :

Parfaitement le sein (TNM !!!)

L'ovaire (car en augmentation)

Le dépistage du col (frottis cervico-vaginaux et colposcopie avec comme mots clé : acide acétique puis Lugol = test de Schiller, zone de jonction, biopsies et annapath)

# CANCER DU COL

Traitement selon le stade TNM :

Carcinome in situ, Ia

≤ 4 cm (≤ stade Ib1) : curiethérapie ; Wertheim

> 4 cm (> stade Ib2) ou N+ : radio-chimiothérapie concomitante ; Wertheim

Triade du cancer

Recherche de MST

## 1-Traitement selon le stade TNM

Carcinome in situ, Ia	≤ 4 cm (≤ stade Ib1)	> 4 cm (> stade Ib2) ou N+
1-Conisation 2-Anatomopathologie 3-CAT selon les limites d'exérèse	1-Curiethérapie utéro-vaginale pré- opératoire 2-Wertheim 3-Radiothérapie externe	1-Radio-chimiothérapie concomitante : -Radiothérapie externe pelvienne -Chimiothérapie -Curiethérapie utéro-vaginale si grosse T. 2-Wertheim (fct° réponse qd > Ib)

Wertheim :

Colpohystérectomie élargie (hystérectomie non systématique)

Lymphadénectomie ilio-obturatrice

Annexectomie (selon)

Transposition ovarienne (âge < 40 ans, tumeur < 2 cm)

## 2-Triade du cancer

Psychothérapie de soutien

100% +/- exonération du ticket modérateur

Association de malades

## 3-Correction de troubles de la statique pelvienne

Bilan urodynamique à discuter

Rééducation périnéale

Antibioprophylaxie

## 4-Recherche de MST

## 5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement à vie

UIV à J10

Examen clinique :

Etat général

Local (examen gynécologique)

Régional (aires ganglionnaires)

Métastatique

Frottis de la cicatrice

Biologie : marqueurs

Morphologique tous les ans :

Rx de thorax

Echo hépatique et BHC

Scanner abdomino-pelvien

# CANCER DU SEIN

Traitement selon TNM  
Hormonothérapie : anti-Her2  
Contre-Indication au THS et aux œstrogénostatifs  
Triade du cancer

## 1-Traitement selon TNM

T1, T2 ≤ 3 cm	T2 > 3 cm*, T3
1-Tumorectomie élargie 2-Extemporane 3-Curage ganglionnaire axillaire homolatéral 4-Anatomopathologie définitive avec dosage des récepteurs hormonaux !!! 5-Radiothérapie externe mammaire 6-Si N+ : chimiothérapie post-opératoire (radiothérapie externe sur chaînes sus-claviculaire et mammaires internes si localisé dans le quadrant interne)	1-Mastectomie 2-Extemporane 3-Curage ganglionnaire axillaire homolatéral 4-Anatomopathologie définitive avec dosage des récepteurs hormonaux !!! 5-Chimiothérapie** adjuvante 6-Si N+ et localisé dans le quadrant supéro-interne : radiothérapie externe sur chaînes sus-claviculaire et mammaires internes

T4 : CI chirurgie première → chimio et anti-Her2

\*\*Chimiothérapie : « FAC » ou taxanes  
FU  
Adriamycine  
Cyclophosphamide

2-Hormonothérapie si récepteurs œstrogéniques et/ou progestatifs sont +  
Anti-Her2 si récepteurs Her2 présents

3-Contre-indication au THS et aux œstrogénostatifs

### 4-Triade du cancer

Psychothérapie de soutien  
100% +/- exonération du ticket modérateur  
Association de malades

### 5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement à vie

Examen clinique :  
Etat général  
Local (seins : bilatéral et comparatifs)  
Régional (aires ganglionnaires)  
Métastatique (foie, os, neuro)  
Biologie :  
Marqueurs tumoraux (CA 15-3, ACE)  
NFS, VS, calcémie  
Morphologique tous les ans :  
Rx de thorax  
Echo hépatique et BHC  
Mammographie bilatérale

# DEPISTAGE DES CANCERS DU SEIN ET DU COL

SEIN : mammographie : /2 ans ; de 50 à 74 ans ; bilatérale et comparative ; 2 incidences, double lecture des clichés par deux radiologues différents.

COL : frottis cervico-vaginaux : 2 frottis la 1<sup>ère</sup> année, puis 1 frottis/3 ans (si normaux) ; du 1<sup>er</sup> rapport à 65 ans

SEIN	<ul style="list-style-type: none"><li>1-Auto-palpation après les règles</li><li>2-Examen clinique des seins :<ul style="list-style-type: none"><li>-A chaque consultation</li><li>-Par gynécologue</li></ul></li><li>3-Mammographie :<ul style="list-style-type: none"><li>-/2 an</li><li>-De 50 à 74 ans</li><li>-Bilatérale et comparative</li><li>-2 incidences (face, oblique externe)</li></ul></li></ul>
COL	<ul style="list-style-type: none"><li>-Frottis cervico-vaginaux :<ul style="list-style-type: none"><li>-2 frottis la 1<sup>ère</sup> année, puis 1 frottis/3 ans (si normaux)</li><li>-Du 1<sup>er</sup> rapport à 65 ans</li></ul></li><li>-En dehors de : saignement, infection et inflammation</li><li>-3 prélèvements : exocol, endocol, cul-de-sac vaginal postérieur</li><li>-Etude cytologique</li><li>-Si anomalie = colposcopie (état frais, acide acétique, Lugol/test de Schiller, biopsies dirigées, anatomopathologie)</li></ul>

# CONTRACEPTION

## DISPOSITIFS INTRA-UTERINS

Contre-indications : salpingite, GEU ; valvulopathie

Complications possibles : salpingite, GEU (+++) ; hémorragie

## CONTRACEPTION ŒSTROGESTATIVE

Effets secondaires : glucose, triglycérides ; accidents thrombo-emboliques ; nausées, céphalées

Glycémie à jeun, cholestérol total, HDL cholestérol, triglycérides

Indice de Pearl

Contraception en urgence :

Norlevo® ; sans ordonnance, 1<sup>re</sup> cp dans les 72 h ; éduquer

Oubli d'un cp :

Oubli < 12 h : prise du cp et continuer la contraception normalement

## I-DISPOSITIFS INTRA-UTERINS

<b>Contre-Indications</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-Grossesse, post-partum immédiat</li> <li>2-Antécédent de <b>salpingite</b>, GEU</li> <li>3-Béance cervico-isthmique, malformation utérine</li> <li>4-Anomalie de la crase sanguine, anticoagulant</li> <li>5-Maladie de Wilson (si stérilet en cuivre)</li> <li>6-AINS au long cours</li> <li>7-Valvulopathie</li> </ul>
<b>Méthode pour poser un stérilet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-En l'absence de contre-indications et après examen gynécologique</li> <li>2-Sous bon éclairage, en position gynécologique</li> <li>3-Mise en place du spéculum</li> <li>4-Désinfection du col et des culs-de-sac vaginaux</li> <li>5-Hystérométrie et régler l'inserteur</li> <li>6-Pose du stérilet</li> <li>7-Couper le fil à 2 cm du col</li> <li>8-Informer la patiente : <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas AINS, pas anticoagulant</li> <li>-Efficace 5 ans</li> <li>-Consulter si : salpingite, hémorragies génitales sévères, grossesse</li> </ul> </li> <li>9-Surveillance (position du DIU au bout d'un cycle)</li> </ul>
<b>Complications possibles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1-Malaise vagal</li> <li>2-Grossesse</li> <li>3-Salpingite, GEU (+++)</li> <li>4-Expulsion, hémorragie, perforation</li> <li>5-Douleurs</li> </ul>

## II-CONTRACEPTION ŒSTROGESTATIVE

<b>Contre-indications</b>	1-Grossesse, allaitement 2-ATCD de thromboses veineuses et artérielles 3-Insuffisance cardiaque, artériopathie 4-HTA, dyslipidémie, tabac, diabète 5-Hépatopathies 6-Lupus, otospongiose
<b>Effets secondaires</b>	1-Intolérance au <b>glucose</b> , augmentation des <b>triglycérides</b> , prise de poids 2-Hypercoagulabilité, accidents <b>thrombo-emboliques</b> 3- <b>Nausées</b> , <b>céphalées</b> , mastodynies 4-HTA 5-Acné, séborrhée 6-Métrorragies inter-menstruelles 7-Candidoses, chloasma, lourdeur de jambes
<b>Mise en place du traitement</b>	1-Interrogatoire : <b>CI, information</b> 2-Examen clinique : poids, TA, sein, examen gynéco, examen général, FCV 3-Information de la patiente 4-Mise en route du traitement dès le 1 <sup>er</sup> jour du cycle 5-Surveillance biologique à 3 mois : <b>glycémie à jeun, cholestérol total, HDL cholestérol, triglycérides</b> 6- <b>Surveillance clinique</b> à 3 mois puis de façon régulière tous les ans 7-Si imprégnation œstrogénique plus forte (syndrome prémenstruel, règles abondantes, céphalées, vomissements, mastodynies...) changer en faveur d'une pilule à climat progestatif prédominant (Trinordiol®)

<b>Evaluation de l'efficacité des contraceptions</b>	-Indice de Pearl -En pourcentage année/femme -Nombre de grossesse $\times 12 \times 100$ / nombre de mois d'exposition
--	--

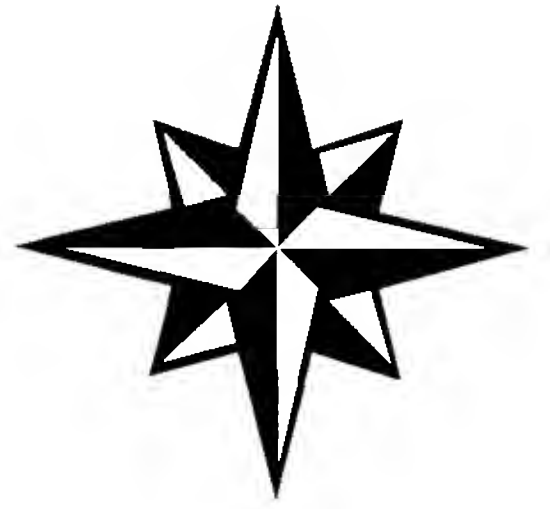
<b>Indications des contraceptions</b>	-Nullipare : œstroprogestatifs -Multipare : stérilet -Contre-indication (lupus !!!...) : micro-progestatifs -Urgence : Norlevo®
---------------------------------------	--

<b>Contraception en urgence</b>	1-En urgence après un rapport sexuel, en l'absence de mode de contraception efficace 2-Norlevo® : progestatif de 3 <sup>ème</sup> génération 3-Sans ordonnance, en vente libre en pharmacie 4-1 <sup>er</sup> cp dans les 72 h (à prendre le plus tôt possible), 2 <sup>ème</sup> comprimé 12 h après 5-Aucune CI 6-Eduquer la patiente sur MST et contraception
---------------------------------	---

<b>Oubli d'un cp</b>	-Oubli < 12 h : prise du cp et continuer la contraception normalement -Oubli > 12 h : continuer la plaquette et utiliser le préservatif
----------------------	--







# HEMATOLOGIE





# ANEMIE

## ANEMIE PAR CARENCE MARTIALE

Fumafer<sup>®</sup>, 6 mois

Effets secondaires : selles noires ; abdo

Causes d'échec : erreur ; anémie mixte ; malabsorption ; persistance de la cause

## MALADIE DE BIERMER

A vie : vitamine B12 ; FOGD/2a

## ANEMIE HEMOLYTIQUE AUTO-IMMUNE

Traitement symptomatique d'une anémie mal tolérée ; traitement étiologique : folates ; corticoïdes ; éviter le froid

## DREPANOCYTOSE HOMOZYGOTE / CVO

Prévention des CVO : éviction des facteurs déclenchants ; vaccins (Oracilline<sup>®</sup>) ; folates ; conseil génétique

Traitement des CVO : réchauffement, oxygénothérapie, hydratation ; antalgique : palier III ; antibiothérapie ; folates ; mesures préventives

## I-ANEMIE PAR CARENCE MARTIALE

Traitement	Effets secondaires	Causes d'échec
1-Fumafer <sup>®</sup> (3 cp) -Doses : 200 mg/j -Durée : 6 mois 2-Informer : selles noires 3-Surveillance : -Effets secondaires -NFS, ferritinémie à 6 m	1-Selles noires 2-Diarrhée/constipation 3-Nausées/dl abdo 4-Céphalées/vertige	1-Erreur diagnostique 2-Anémie mixte 3-Compliance 4-Malabsorption 5-Sous-dosage 6-Persistance de la cause

## II-MALADIE DE BIERMER / ANEMIE HEMOLYTIQUE AUTO-IMMUNE

Maladie de Biermer	Anémie hémolytique auto-immune
1-A vie 2-Vitamine B12 : -Attaque : 1000 µg/j durant 10 j -Entretien : 1000 µg/j tous les 2 m 3-Fer 4-Surveillance : -Clinique -NFS -FOGD/2a (K de l'estomac ?)	1-Traitement symptomatique d'une anémie mal tolérée (transfusion peu efficace !) 2-Traitement étiologique 3-Folates 4-Si idiopathique : (Ac chaud) -Corticoïdes (po, 1 mg/kg/j, 1 m) -± Echanges plasmatiques en aigu -Immunosuppresseur -Splénectomie 5-Si agglutinines froides : (Ac froid) -Eviter le froid -± Echange plasmatique en aigu 6-Surveillance

## III-DREPANOCYTOSE HOMOZYGOTE / CVO

Prévention des CVO	Traitement des CVO
1-Eviction des facteurs déclenchants 2-Prévention des infections : -Vaccins : Pneumocoque Hæmophilus Hépatite B -Pénicilline V (Oracilline <sup>®</sup> ) -Si fièvre : Antipyrétiques Consulter en urgence 3-Folates 4-Conseil génétique, diagnostic anténatal 5-Surveillance à vie	1-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation -Repos au lit, réchauffement -Oxygénothérapie -Hydratation IV et po 2-Antalgique : -Palier III -AINS 3-Antibiothérapie : -Après prélèvements -C3G IV 4-En cas de complications graves : -Saignée-transfusion -Echange transfusionnel 5-Folates 6-Surveillance 7-Mesures préventives au décours (cf.)

# AGRANULOCYTOSE MEDICAMENTEUSE

**ARRET A VIE** du médicament

**Isolement protecteur**

**Antibiothérapie si syndrome infectieux** :  $\beta$ -lactamine à large spectre (Tazocilline®) et aminoside (Amiklin®)

**Facteurs de croissance**

**CI du médicament à vie** ; liste ; pharmacovigilance

## 1-ARRET A VIE du médicament

## 2-Mise en condition

Urgence, hospitalisation

Aseptie stricte :

**Isolement protecteur** (stérile si possible)

Mesures associées : masques, surblouse, désinfection

## 3-Antibiothérapie si syndrome infectieux

Après les prélèvements, sans attendre les résultats

Double, bactéricide, synergique

En l'absence d'allergie

$\beta$ -lactamine à large spectre (Tazocilline®) et aminoside (Amiklin®)

Si choc septique : tri-antibiothérapie + remplissage  $\pm$  drogues vaso-actives

Si fièvre persistante à 48 h : vancomycine

Si fièvre persistante à 72 h : antifongique (Amphotéricine B)

## 4-Facteurs de croissance (Neupogen®)

## 5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : pouls, TA, T°, signes infectieux

Paraclinique : NFS, urée, créat, prélèvements bactériologiques

## 6-Mesures spécifiques

1- CI du médicament à vie

Education du patient : proscrire toute auto-médication

Liste des médicaments CI à la sortie

Alerter la pharmacovigilance

**NB** : restez classiques sur le type d'antibiothérapie pour l'ENC, sachez cependant qu'une monothérapie par C3G est plutôt réalisée en pratique.

# PURPURA THROMBOPENIQUE IDIOPATHIQUE

Traiter une hémorragie locale  
 Mesures préventives d'une thrombopénie : pas d'IM et de gestes invasifs ; pas d'aspirine ni anticoagulant  
 Traitements disponibles : corticoïdes ; immunoglobulines ; transfusions de plaquettes ; splénectomie  
 Mise en place du traitement  
 Aigu : < 20 000 et sd hémorragique : corticoïdes, immunoglobulines  
 Chronique : < 50 000 et > 6 mois : splénectomie

1-Urgence, hospitalisation

2-Traiter une hémorragie locale

3-Mesures préventives d'une thrombopénie

- Pas d'activité traumatique
- Pas d'IM et de gestes invasifs
- Pas d'aspirine ni anticoagulant
- Contraception

4-Traitements spécifiques

Traitements disponibles	Mise en place du traitement
Corticoïdes	-Mesures associées (cf.) -1 mg/kg/j pour 3 sem
Immunoglobulines	-1 g/kg/j pour 5 j
Transfusions de plaquettes	Uniquement si mort imminente
Splénectomie	-Après épreuve isotopique de plaquettes -Après vaccination anti-pneumocoque et HIB -Oracilline® 3 MUI/j

Indications		Traitements
Aigu	< 20 000 et sd hémorragique	1-Corticoïdes 2-Immunoglobulines
	< 20 000	Corticoïdes (ou Immunoglobulines)
	> 50 000	Abstention
Chro	< 50 000 et > 6 mois	Splénectomie

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

- Clinique : purpura, hémorragies, corticorésistance ou dépendance
- Paraclinique : plaquettes

NB : rappel de définitions :

- Corticorésistance : échec à 8 j
- Corticodépendance : rechute à l'arrêt de la corticothérapie
- PTI chronique : durée > 6 mois

# TRANSFUSION SANGUINE

## Accord du patient

Groupage ABO, RAI, rhésus : méthode 2 x 4

Sérologies pré-transfusionnelles : VIH 1 et 2, Hép C, Hép B (Ag Hbs, Ac anti-Hbc), ALAT, syphilis

Contrôle ultime au lit du malade : Beth Vincent

Transfusion sanguine : Isogroupe, Iso rhésus ; déleucocyté et phénotypé

Surveillance de la transfusion au lit du malade

Contrôle des sérologies virales 3 mois plus tard

## 1-Accord du patient

## 2-Groupage ABO, RAI, rhésus

### 2- Méthode 2 x 4 :

2 techniques

2 techniciens différents

2 lots de réactifs différents

2<sup>ème</sup> échantillon prélevé par une autre personne

RAI de moins de 3 j

Phénotypage complet (si : femme avant ménopause, déjà alloïmunisée, polytrauma, hémopathies)

## 3-Sérologies pré-transfusionnelles

### 3- VIH 1 et 2, Hép C, Hép B (Ag Hbs, Ac anti-Hbc), ALAT, syphilis

## 4-Contrôle ultime au lit du malade

Identité poche/patient et carte de groupe

Dernier test : **Beth Vincent**

Vérifié par un médecin

## 5-Transfusion sanguine

Isogroupe, isorhésus

Déleucocyté et phénotypé

± Irradié et déplasmatisé

## 6-Surveillance de la transfusion au lit du malade

## 7-Contrôle des sérologies virales 3 mois plus tard

VIH 1 et 2, Hép C, Hép B (Ag Hbs, Ac anti-Hbc), ALAT, syphilis

# ACCIDENTS DES ANTICOAGULANTS

## HEMORRAGIE SOUS ANTICOAGULANTS

### HEPARINE :

Hémorragie mineure : arrêt ; TCA

A ajouter si hémorragie majeure : sulfate de protamine

### AVK :

Hémorragie mineure : arrêt ; INR

A ajouter si hémorragie majeure : vit K IV ; PPSB IV

## THROMBOPENIE IMMUNO-ALLERGIQUE A L'HEPARINE

### Arrêt de l'héparine

Affirmer le diagnostic

Héparinoïde de synthèse

AVK de courte durée de vie

Surveillance : anti-Xa, plaquettes, INR

CI à VIE des HNF et HBPM

## I-HEMORRAGIE SOUS ANTICOAGULANTS

	HEPARINE	AVK
<b>Hémorragie mineure</b>	-Traitement d'une hémorragie -Arrêt de l'héparine -Contrôle du TCA	-Traitement d'une hémorragie -Arrêt des AVK -Contrôle INR -Vit K per os (INR > 5)
<b>A ajouter si hémorragie majeure</b>	-Sulfate de protamine si HNF (TCA > 5)	-Vit K IV (INR > 9) -PPSB IV (INR > 9)

## II-THROMBOPENIE IMMUNO-ALLERGIQUE A L'HEPARINE

### 1-Arrêt de l'héparine

### 2-Affirmer le diagnostic

Anticorps anti-PF4

Test d'agrégabilité plaquettaire

### 3-Héparinoïde de synthèse (Orgaran®)

### 4-AVK de courte durée de vie

### 5-Surveillance : clinique, anti-Xa, plaquettes, INR

### 6-Education du patient : CI à VIE des HNF et HBPM



# TRAITEMENT DES HEMOPATHIES MALIGNES

## REGLES PRE-CHIMIOTHERAPIE :

Informé ; PAC

Prévention des complications : Sd de lyse ; vomissements : antiémétique ; alopecie : casque froid ; infections ; dépression : soutien psychologique

Bilan pré-cure

## POLYGLOBULIE :

Zyloric® et Vichy®, Aspégic® ; saignées ; phosphore 32

## MYELOME :

Biphosphonates ; stade I : abstention, Stade II ou III < 65 a : vincristine, adriamycine, Dectancyl®, allo-greffe ; stade II ou III > 65 a : Méphalan, Corticothérapie ; CI injection d'iode

## MALADIE DE HODGKIN :

Cryoconservation de sperme ; adriamycine, bléomycine, vinblastine, Deltacène®

## LLC :

Stade A : abstention, stade B ou C + sujet jeune : CHOP LLC ou fludarabine, stade B ou C + sujet âgé : chloraminofène ; traitement des complications

## I-REGLES PRE-CHIMIOTHERAPIE

### 1-Mise en place

Prise en charge à 100%

Informé le patient

Pose d'un PAC

### 2-Prévention des complications

<b>Sd de lyse</b>	1-Hyperhydratation 2-PAS d'alcalinisation* systématique 3-Fasturtec®
<b>Vomissements</b>	<b>Antiémétique :</b> -Pimpéran® -Zofren® si échec ou chimlo très émétisante
<b>Alopecie</b>	<b>Casque froid</b> (dans la maladie de Hodgkin)
<b>Infections</b>	1-Traitement d'une infection en cours ± retarder la chimiothérapie 2-Dépistage des foyers infectieux et traitement
<b>Dépression</b>	Soutien psychologique

### 3-Bilan pré-cure

Clinique : AEG, sd tumoral, foyers infectieux

Biologique : NFS, plq, VS, CRP, groupage, BHC, fonction rénale, iono sg, uricémie, échographie cardiaque

CECOS

**\*NB 1 :** alcalinisation des urines SEULEMENT Si risque de lithiases uriques

**\*NB 2 :** utiliser le Fasturtec® (l'Uricozyme® n'existe plus !!!)

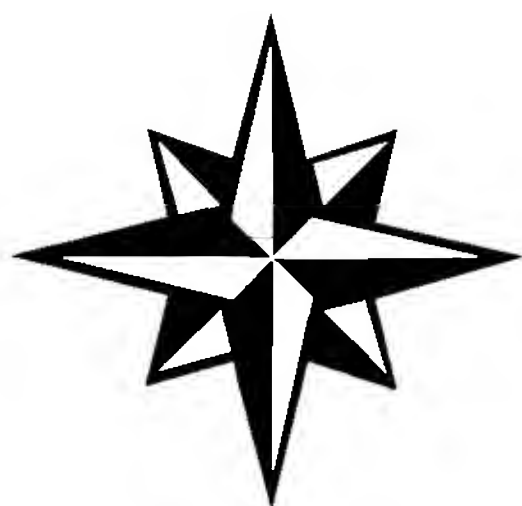
## II-POLYGLOBULIE/MYELOME

<b>Polyglobulie</b>	<p>1-Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hypo-uricémiant (<b>Zyloric®</b>) et <b>Vichy®</b></li> <li>-Aspirine (<b>Aspégic®</b>)</li> </ul> <p>2-Traitements spécifiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Jeunes : <b>saignées</b> (en l'absence de thrombocytose)</li> <li>-Agés : <b>phosphore 32</b> (risque leucémogène)</li> <li>-± Chimiothérapie (<b>Hydréa®</b>)</li> </ul> <p>3-Règles de pré-chimiothérapie (si chimiothérapie)</p> <p>4-Surveillance à vie</p>
<b>Myélome</b>	<p>1-Traitement des complications (reins, infections...)</p> <p>2-Traitement symptomatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Biphosphonates</b></li> <li>-Antalgiques</li> <li>-± EPO</li> </ul> <p>3-Traitement spécifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Stade I : <b>abstention</b> thérapeutique</li> <li>-Stade II ou III &lt; 65 a : Chimiothérapie (<b>vincristine, adryamicine, Dectancyl®</b>) Collecte de CSP Chimiothérapie (<b>Méphalan</b>) <b>Allo-greffe</b> de cellules souches périphériques</li> <li>-Stade II ou III &gt; 65 a : Chimiothérapie (<b>Méphalan</b>) <b>Corticothérapie</b></li> </ul> <p>4-Règles de pré-chimiothérapie (si chimiothérapie)</p> <p>5-Vaccin anti-pneumocoque et H. Infl.</p> <p>6-Surveillance à vie</p> <p>7-CI injection d'iode</p>

## III-MALADIE DE HODGKIN/LLC

<b>Maladie de Hodgkin</b>	<p>1-Règles de pré chimiothérapie</p> <p>2-Cryoconservation de sperme</p> <p>3-Chimiothérapie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Adriamycine</b></li> <li>-<b>Bléomycine</b></li> <li>-<b>Vinblastine</b></li> <li>-<b>Deticène®</b></li> </ul> <p>4-Surveillance à vie</p>
<b>LLC</b>	<p>1-Règles de chimiothérapie si chimiothérapie</p> <p>2-Traitement spécifique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Stade <b>A</b> : <b>abstention</b></li> <li>-Stade <b>B</b> ou <b>C</b> + <b>sujet jeune</b> : <b>CHOP LLC</b> (cyclophosphamide, adriamycine, vincristine, prednisone) ou <b>fludarabine</b></li> <li>-Stade <b>B</b> ou <b>C</b> + <b>sujet âgé</b> : <b>chloraminofène</b></li> </ul> <p>3-Traitement des complications :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Insuffisance médullaire : transfusion</li> <li>-Infection : vaccins, éradications des foyers infectieux</li> <li>-Manifestation auto-immune grave : corticoïde, arrêt fludarabine</li> </ul> <p>4-Surveillance à vie</p>





# HEPATO-GASTRO





# TRAUMATISME ABDOMINAL

## Fracture de rate :

Choc hémorragique ; groupage, transfusion

Laparotomie, geste conservateur, splénectomie si échec

Antibioprophylaxie, vaccination ; nombre de CG, plaquettes

## Contusion pancréatique :

Réa, pancréas au repos ; nutrition parentérale, antalgique

Chirurgical si complications, drainage de foyers de nécroses

Fracture de rate	<p>1-Mise en condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Urgence, Réa</li> <li>-2 vvp, monitoring cardio-tensionnel, SNG, SU...</li> <li>-Correction du choc hémorragique (macromolécules)</li> <li>-<b>Groupage complet et transfusion</b></li> </ul> <p>2-Traitement chirurgical selon l'état hémodynamique</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Laparotomie</b></li> <li>-Exploration</li> <li>-<b>Geste conservateur</b> : suture, colle, filet...</li> <li>-<b>Splénectomie si échec</b></li> </ul> <p>3-Traitement médical préventif (si splénectomie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Antibioprophylaxie</b> par Oracilline® 1 MUI/j</li> <li>-<b>Vaccination</b> antipneumococcique</li> </ul> <p>4-Traitement d'une thrombocytose (due à une splénectomie)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Aspirine</li> <li>-Hydéra® (si importante)</li> </ul> <p>5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Clinique : <b>nombre de CG (+++)</b>, hémodynamique, infectieux, cicatrice</li> <li>-Paraclinique : <b>plaquettes (+++)</b>, Hb...</li> </ul>
Contusion pancréatique	<p>1-Mise en condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Urgence, Réa</li> <li>-Monitoring cardio-tensionnel, SU...</li> <li>-Rééquilibration hydro-électrolytique</li> <li>-<b>Pancréas au repos</b> : arrêt de l'alimentation orale, SNG</li> </ul> <p>2-Traitement médical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Nutrition parentérale</b> (sur VVC)</li> <li>-<b>Antalgique</b></li> <li>-Anti-sécrétoire</li> </ul> <p>3-Traitement chirurgical si complications :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>Drainage de foyers de nécroses</b></li> <li>-Hémostase d'une ulcération vasculaire</li> <li>-Duodéno-pancréatectomie céphalique</li> </ul> <p>4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Clinique : constantes, aspiration gastrique, gly</li> <li>-Bio : gly, lipase, iono, calcémie, transaminases</li> <li>-Morphologique : <b>écho et scanner abdo</b></li> </ul>

# SYNDROME OCCLUSIF

A jeun, SNG

## Strangulation :

Bride : section ; résection si nécrose

Volvulus : détorsion ; (Meckel)

Hemie étranglée : résection du sac herniaire ; réintégration des viscères ; réfection pariétale

## Obstruction :

Cancer : colostomie de proche amont ou stent ou colectomie ; colectomie à J15

Iléus biliaire : entérotomie ; exérèse du calcul ; voies biliaires

Sigmoïdite

## Invagination :

Désinvagination

## 1-Mise en condition

Hospitalisation en chirurgie digestive

Information du patient

A jeun, SNG, bilan pré-opératoire

## 2-Traitement chirurgical

Antibioprophylaxie

Sous stricte asepsie

Incision

Exploration

Traitement spécifique

Strang	Bride	-Traitement médical (AJ, SNG) 24 h avec surv. régulière -Chir. si échec ou complication -Section de la bride -Résection si nécrose
	Volvulus	-Détorsion du volvulus -Résection si nécrose -Traitement d'une étiologie (Meckel)
	Hemie étranglée	-Résection du sac herniaire -Résection si nécrose -Réintégration des viscères -Réfection pariétale (Shouldice, Mac Vay)
Obstru	Cancer	-Colostomie de proche amont ou stent ou colectomie -Colectomie à J15, anastomose, curage -Extemporane et anapath définitive -(±) Résection hépatique si méta hépatique -(±) Chimiothérapie
	Iléus biliaire	-Entérotomie -Exérèse du calcul -Sutures des voies biliaires (dans un 2 <sup>ème</sup> temps)
	Sigmoïdite	En aiguë : -Antibiothérapie A distance : -Coloscopie (cancer ?) -Sigmoïdectomie -Anastomose colb-rectale
Invagl		-Désinvagination -Résection si nécrose

3-Surveillance clinique ± paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement : (transit, cicatrice, drainage...)



# PERITONITE

Antibiothérapie, à jeun  
Traitement chirurgical : prélèvements bactériologiques  
Traitement étiologique, toilette péritonéale  
Drainage

**1-Mise en condition**

Urgence  
Hospitalisation en **chirurgie digestive**  
Traitement d'un **choc septique** : macromolécules et drogues vasopressives  
**A jeun**, bilan pré-opératoire minimal

**2-Traitement médical : antibiothérapie**

Probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme  
IV, double (voire triple), bactéricide, synergique  
3 sem

**3-Traitement chirurgical**

Laparotomie  
**Prélèvements bactériologiques**  
Traitement étiologique

<b>Appendicite</b>	- <b>Appendicectomie</b> -Anapath (tumeur carcinoïde ?)
<b>UGD</b>	<u>Gastrique :</u> - <b>Exérèse suture ou gastrectomie partielle</b> - <b>Anapath</b> -Antiulcéreux : amox, clarythromycine, Mopral® <u>Duodénal :</u> -Suture -Antiulcéreux : amox, clarythromycine, Mopral®
<b>Cholécystite</b>	- <b>Cholecystectomie</b> -Anapath
<b>Grêle</b>	-Résection anapath -Anastomose -Anapath
<b>Colique</b>	-Colectomie -Protégée par une stomie -Rétablissement de la continuité dans un second temps -Anapath
<b>Génitale</b>	-Cf. gynécologie

**Toilette péritonéale :**  
Sérum + Bétadine® chauds  
Péritoine, Douglas, gouttières pariétocoliques  
Ablations des fausses membranes  
Drainage (sauf exception)

**4-Surveillance clinique et paraclinique de la tolérance et de l'efficacité du traitement**

# HERNIE PARIETALE

Résection du sac herniaire, réfection pariétale

Inguinale : Shouldice

Crurale : Mac Vay

Récidive : plaque

Ombilicale

## 1-Mise en condition

Hospitalisation en chirurgie digestive

Information du patient

A jeun, bilan pré-opératoire

## 2-Traitement chirurgical

Résection du sac herniaire

Réfection pariétale

<b>Inguinale</b>	→ Intervention de <b>Shouldice</b> : -Suture du fascia transversalis -Abaissement du tendon conjoint sur l'arcade crurale
<b>Crurale</b>	→ Intervention de <b>Mac Vay</b> : -Abaissement du tendon conjoint sur le ligament de Cooper
<b>Récidive</b>	Plaque prothétique
<b>Ombilicale</b>	Fermeture de l'anneau ombilical

## 3-Traitement des facteurs favorisants

Toux

Constipation

Surpoids

## 4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement et de l'absence de récurrence

**NB** : chez l'obèse, l'idéal est la coelioscopie

# TUMEUR DU COLON ET DU RECTUM

## ETAT PRECANCEREUX :

### HNPCC :

Colectomie totale ou coloproctomie totale  
FCV et écho-endo-vaginale/an à partir de 30 ans  
Recherche sanguine  
FCV et écho-endo-vaginale/an à partir de 30 ans  
Coloscopie/2 ans à partir de 20 ans

Polype : coloscopie/5 ans débutée à (âge du sujet -5 ans)

### PAF :

Colo-proctomie totale à 15 ans (variable)  
FOGD avec duodénoscopie, biopsie de la papille/3 ans  
Echo-endoscopie/3 ans

## TRAITEMENT GENERAL :

Mise en condition : renutrition, réhydratation, correction de tares ; information

Traitement chirurgical curatif : prélèvement, exérèse tumorale carcinologique

Colon

Rectum : 1/3 haut ; 1/3 moyen ; 1/3 bas

Curage ganglionnaire (avec le nombre de ganglions)

Exérèse du mésorectum si cancer du rectum

Anatomopathologie

Chimiothérapie et radiothérapie selon : chimiothérapie adjuvante ; radiothérapie néo-adjuvante

Surveillance clinique et paraclinique de l'absence de récives : coloscopie, écho abdo, Rx de thorax

## I-ETAT PRECANCEREUX

	Traitement du sujet et surveillance	Recherche familiale et conduite à tenir
<b>HNPCC</b>	<u>Traitement du sujet :</u> Colectomie totale ou colo-proctomie totale	<u>Recherche familiale :</u> Recherche sanguine de la mutation des gènes MHLH1 et MSH2
	<u>Surveillance :</u> -FOGD -Gynécologique FCV et écho-endo-vaginale/an à partir de 30 ans -Si pas de désir d'enfant ou cancer Hystérectomie Ovariectomie	<u>Conduite à tenir :</u> -Surveillance gynécologique FCV et écho-endo-vaginale/an à partir de 30 ans -Coloscopie/2 ans à partir de 20 ans
<b>Polype</b>	<u>Traitement du sujet et surveillance :</u> -Résection du polype -Selon anapath, choix entre : Coloscopie rapprochée Colectomie carcinologique	<u>Recherche familiale :</u> Coloscopie/5 ans débutée à (âge du sujet -5 ans)
		<u>Conduite à tenir :</u> Fonction de la coloscopie
<b>PAF</b>	<u>Traitement du sujet :</u> Colo-proctomie totale à 15 ans (variable)	<u>Recherche familiale :</u> Recherche de la mutation du gène APC
	<u>Surveillance :</u> -FOGD avec duodénoscopie, biopsie de la papille/3 ans -Echo-endoscopie/3 ans	<u>Conduite à tenir :</u> Coloscopie/an si positif

**II-TRAITEMENT GENERAL**

**1-Mise en condition**

Renutrition, réhydratation, correction de tares  
Hospitalisation en chirurgie digestive  
Information du patient du risque de colostomie  
A jeun, bilan pré-opératoire  
Préparation colique et rectale

**2-Traitement chirurgical curatif**

Antibioprophylaxie  
Laparotomie  
Exploration côlon, rectum, péritoine, foie, ovaires  
Prélèvement d'un épanchement, biopsie d'une lésion  
Exérèse tumorale carcinologique (5 cm pour le côlon et le rectum en haut, et 2 cm pour le rectum en bas)

<b>Côlon</b>		-Hémi-colectomie droite -Hémi-colectomie gauche -Colectomie transverse
<b>Rectum</b>	<b>1/3 haut</b>	-Proctectomie totale -Anastomose colo-rectale
	<b>1/3 moyen</b>	-Proctectomie totale -Anastomose colo-anale
	<b>1/3 bas</b>	-Amputation abdomino-périnéale si distance T.-sphincter < 1 cm -Colostomie iliaque gauche définitive

Curage ganglionnaire (avec le nombre de ganglions)  
Exérèse du méso-rectum si cancer du rectum  
Anatomopathologie

**3-Chimiothérapie et radiothérapie selon :**

	<b>Localisation</b>	<b>Indications</b>
<b>Chimiothérapie adjuvante</b> (5FU +ac folinique)	Côlon	Stade 3 = Dukes C
	Rectum	= Ganglions envahis
<b>Radiothérapie néo- adjuvante</b>	1/3 moyen du rectum	TNM T3 = stade 2
	1/3 inférieur du rectum	= envahissement musculéuse et sous-séreuse sans atteinte du mésothélium

**4-Surveillance clinique et paraclinique de l'absence de récives**

Clinique : AEG, abdo, ganglions, transit  
Paraclinique : coloscopie, écho abdo, Rx de thorax

# SIGMOIDITE DIVERTICULAIRE

Antibiothérapie, antalgiques, antispasmodiques  
Sigmoidectomie, rétablissement de la continuité  
Anatomopathologie

Phase aiguë	<p><u>Médical :</u></p> <p>1-Mise en condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Urgence, hospitalisation</li> <li>-Glace sur le ventre</li> <li>-Régime sans résidus</li> </ul> <p>2-Antibiothérapie :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Active sur anaérobie et BGN</li> <li>-IV, double, bactéricide, synergique</li> <li>-2 semaines</li> </ul> <p>3-Antalgiques, antispasmodiques</p> <p>4-Surveillance de l'absence de complications</p> <p>5-Drainage sous contrôle radiologique si abcès</p> <p><u>Chirurgical (si échec ou complications) :</u></p> <p>1-Drainage chirurgical si abcès (non drainable autrement)</p> <p>2-Sigmoidectomie avec Hartmann :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Résection de la charnière recto-sigmoïdienne</li> <li>-Fermeture du bout rectal</li> <li>-Colostomie d'amont</li> <li>-Résection d'une éventuelle fistule colo-vésicale</li> <li>-Anatomopathologie</li> <li>-Rétablissement de la continuité à distance</li> </ul>
A 2 mois	<p><u>Chirurgical :</u> (si jeune ou récidive)</p> <p>1-COLOSCOPIE (cancer ?)</p> <p>2-Mise en condition :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hospitalisation en chirurgie digestive</li> <li>-Information du patient</li> <li>-A jeun, bilan pré-opératoire</li> </ul> <p>3-Traitement chirurgical :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Laparotomie ou cœlioscopie</li> <li>-<b>Sigmoidectomie</b></li> <li>-<b>Rétablissement de la continuité</b></li> <li>-Anatomopathologie</li> </ul> <p>4-Surveillance post-opératoire</p>



# CIRRHOSE

## MESURES A L'ENTREE ET A LA SORTIE DE L'HOPITAL

Arrêt : alcool, médicaments hépatotoxiques

Prévention du delirium tremens et du Gayet Wernicke : hyperhydratation, vit B1, B6, PP

Prévention de l'encéphalopathie hépatique : Lactulose®

## INFECTION DU LIQUIDE D'ASCITE

Evacuation du liquide d'ascite infecté avec examen bactériologique

Antibiothérapie

Prévention secondaire des récurrences par Noroxine®

## HEPATITE ALCOOLIQUE AIGUE

Non grave (Maddrey < 32)

Grave (Maddrey > 32) : USI ; corticothérapie ; 40 mg/j per os ; 1 mois

## HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE PAR VO

Curatif :

Oxygénothérapie ; sonde nasogastrique ; lavage à l'eau froide ; choc hypovolémique ; groupage et transfusion ; Sandostatine®

Fibroscopie en urgence et hémostase : ligature des VO

TIPS ; chirurgie

Préventif : ligature ; β-bloquants (FOGD)

## I-MESURES A L'ENTREE ET A LA SORTIE DE L'HOPITAL

Entrée	<p>1-Arrêt :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Alcool</li> <li>-Médicaments hépatotoxiques</li> </ul> <p>2-Prévention du delirium tremens et du Gayet Wernicke :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hyperhydratation</li> <li>-Vit B1, B6, PP</li> </ul> <p>3-Prévention de l'encéphalopathie hépatique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Lactulose®</li> <li>-PAS de Néomycine®</li> </ul>
Sortie	<p>1-Règles hygiéno-diététiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Arrêt de l'alcool définitif</li> <li>-Arrêt d'une intoxication tabagique associée</li> <li>-Renutrition</li> </ul> <p>2-Traitement médicamenteux :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Arrêt des hépatotoxiques</li> <li>-Adaptation des posologies médicamenteuses</li> <li>-Vaccination hépatites A et B</li> <li>-β-bloquants non cardio-sélectifs (si VO stades 2 et 3)</li> <li>-Noroxine® (prévention 2aire et 1aire si prot &lt; 10 g/L)</li> <li>-Régime désodé et diurétiques (si décompensation œdémato-ascitique)</li> </ul> <p>3-Prise en charge psychologique</p> <p>4-Surveillance clinique et paraclinique efficacité du traitement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Clinique : sevrage, foie, ascite, IHC, HTP</li> <li>-Paraclinique : BHC complet, endoscopie digestive haute, écho hépatique, α-FP, facteur V</li> </ul> <p>5-Liste de greffe hépatique pour transplantation si sevrage &gt; 6 mois avec un des facteurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-CHC (un &lt; 5 cm ou moins de trois &lt; 3 cm)</li> <li>-IHC (Child Pugh ≥ B)</li> <li>-HTP résistante aux autres traitements</li> <li>-Antécédent d'infection liquide d'ascite</li> <li>-Encéphalopathie sévère</li> </ul>

## II-INFECTION DU LIQUIDE D'ASCITE

### 1-Mesures à l'entrée de l'hôpital

Arrêt : alcool ; médicaments hépatotoxiques

Prévention du delirium tremens et du Gayet Wernicke : hyperhydratation ; vit B1, B6, PP

Prévention de l'encéphalopathie hépatique : Lactulose®

### 2-Evacuation du liquide d'ascite infecté avec examen bactériolo-

+ albumine à J1 et J3

### 3-Antibiothérapie

Après les prélèvements

C3G, Claforan® à 3 g/j en trois IVD

### 4-Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité du traitement

### 5-Prévention secondaire des récurrences par Noroxine®

## III-HEPATITE ALCOOLIQUE AIGUE

	Non grave (Maddrey < 32)	Grave (Maddrey > 32)
Mesures spécifiques	Traitement symptomatique	1-Mise en condition : -Urgence -Hospitalisation en USI 2-Corticothérapie -40 mg/j per os -1 mois -Arrêt brutal
Mesures à l'entrée de l'hôpital	-Arrêt : -Alcool -Médicaments hépatotoxiques -Prévention du delirium tremens et du Gayet Wernicke : -Hyperhydratation -Vit B1, B6, PP -Prévention de l'encéphalopathie hépatique : -Lactulose®	

## IV-HEMORRAGIE DIGESTIVE HAUTE PAR VO

Curatif	1-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation -2 vvp, oxygénothérapie -sonde nasogastrique avec lavage à l'eau froide (avec érythromycine IV) -Correction d'un choc hypovolémique par macromolécules -Groupage complet et transfusion de CG -Traitement vaso-actif par Sandostatine® 2-Fibroscope en urgence et hémostase : -Après : lavage gastrique, Mopral®, antibioprophylaxie chez un patient stable hémodynamiquement et sans trouble de la conscience -Permet : identifier, localiser, évaluer la lésion -Ligature des VO 3-Autres gestes hémostatiques si échec : -Anastomose porto-cave radiologique par TIPS -Chirurgie : dérivation portale ou trans-résection du bas œsophage 4-Mesures à l'entrée de l'hôpital : -Arrêt : alcool, médicaments hépatotoxiques -Prévention du delirium tremens et du Gayet Wernicke : hyperhydratation, vit B1, B6, PP -Prévention de l'encéphalopathie hépatique : Lactulose® 5-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement
Préventif	1-Endoscopique : -Ligature des VO 2-Médicamenteux si VO de grade II ou III : -β-bloquants -Dérivés nitrés si CI 3-Surveillance clinique et paraclinique (FOGD) 4-Discuter d'une transplantation hépatique



# HEPATITE VIRALE

## HEPATITE CHRONIQUE VIRALE B

3 mois : interféron pégylé  
Lamivudine ; si échec, association

## HEPATITE CHRONIQUE VIRALE C

IFN pégylé + Ribavirine® : cytolyse et PCR+, F2 ;  
NFS, créat, T3, T4, TSHus  
Syndrome pseudo-grippal, tératogène, nausées  
Paracétamol, contraception

### I-HEPATITE CHRONIQUE VIRALE B

Durant 3 mois	Interféron pégylé	
A 3 mois : virémie	Réduction < 2 log	Réduction > 2 log
Suite du traitement	-Lamivudine -Si échec association : Interféron pégylé Lamivudine	Interféron pégylé 3 mois

### II-HEPATITE CHRONIQUE VIRALE C

IFN pégylé + Ribavirine®	1-Indication si tous ces facteurs : -Hépatite chronique C histologiquement prouvée -Activité biologique : cytolyse et PCR+ -Activité histologique : > F2 2-Après bilan pré-thérapeutique : -NFS, créat -T3, T4, TSHus, Ac anti-thyroïde -Ac (anti-nucléaire, anti-muscle lisse, anti-LMK1) 3-Durée : -6 m si G2, G3 -1 a si G1, G4 4-Surveillance des effets secondaires : -IFN : syndrome pseudo-grippal, neutropénie, thrombopénie, alopecie, asthénie, dysthyroïdie, point d'injection -Ribavirine® : tératogène, nausées, anémie hémolytique, toux
Paracétamol	Prévention du sd pseudo-grippal dû à l'IFN
Contraception	Car Ribavirine® tératogène

# HEMOCROMATOSE GENETIQUE

Saignées itératives ; chélateur du fer (Desféral®) si CI  
Arrêt de l'alcool et vaccin Hép B ; diabète  
Enquête familiale

1	Traitement curatif	1-Saignées itératives : -En l'absence de CI : IHC, insuffisance cardiaque, anémie -Traitement d'attaque : 500 mL/sem -Traitement d'entretien : 500 mL/trimestre -A vie
		2-Chélateur du fer (Desféral®) si CI
2	Traitement symptomatique d'éventuelles complications	1-Hépatique : arrêt de l'alcool et vaccin Hép B 2-Cardiaque : traitement d'une IC 3-Diabète : régime et insuline 4-Articulaire : repos, AINS, antalgiques 5-Gonadotrope
3	Surveillance	1-Efficacité : clinique, bilan martial, BHC, ECG, Gly 2-Tolérance : NFS, protidémie
4	Enquête familiale et traitement	1-Enquête familiale : clinique, bilan martial, recherche mutation 2-Traitement : selon les résultats

# PANCREATITE AIGUE

USI , à jeun

Attention à : hypovolémie , défaillance d'organes

Antalgiques, nutrition entérale

Ponction percutanée si nécrose surinfectée

Traitement étiologique

## 1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation en USI

Oxygénothérapie

A jeun, sonde naso-gastrique si vomissements

Traitement de l'hypovolémie/choc

Traitement d'une défaillance d'organes (rénale, CIVD...)

## 2-Traitement médical

Antalgiques

Nutrition entérale par sonde naso-jéjunale (progressive)

Si échec nutrition parentérale

IPP : prévention de l'ulcère de stress

Antibiothérapie si preuve bactériologique d'une infection de la nécrose

## 3-Traitement chirurgical (rarement en urgence)

Ponction percutanée si nécrose surinfectée ou nécrosectomie

Résection pancréatique selon

## 4-Traitement étiologique

Arrêt de l'alcool

Arrêt du médicament si étiologie iatrogène

Si origine biliaire

<b>Non grave</b>	-Coelioscopie -Cholécystectomie -Ablation des calculs -Opacification des voies biliaires -Drainage
<b>Grave</b>	-En aigu : sphinctérotomie endoscopique -A 1 mois : cholécystectomie

## 5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : pouls, TA, T°, douleurs (EVA)

Biologique : Gly, lipase, GDS...

Morphologique : scanner abdominal

# PANCREATITE CHRONIQUE ALCOOLIQUE

Régime hyper calorique, hyper protidique, hypolipidique  
Créon® ; antalgiques mineurs, voire majeurs ; insuline si diabète

## 1-Mesures à l'entrée de l'hôpital

Arrêt :

Alcool

Médicaments hépatotoxiques

Prévention du delirium tremens et du Gayet Wernicke :

Hyperhydratation

Vit B1, B6, PP

Prévention de l'encéphalopathie hépatique :

Lactulose®

## 2-Règles hygiéno-diététiques

Régime hyper calorique, hyper protidique, hypolipidique

Correction des carences vitaminiques (ADEK)

## 3-Traitement médicamenteux

Créon® pour la malabsorption

Antalgiques mineurs, voire majeurs, voire alcoolisation du plexus coeliaque

Insuline si diabète

## 4-Traitements invasifs

Endoscopie :

Prothèse dans le wirsung

Drainage de faux kystes

Chirurgical :

Dérivation du wirsung

Résection pancréatique

## 5-Surveillance clinique et paraclinique à vie de l'efficacité du traitement

# LITHIASSE BILIAIRE

## COLIQUE HEPATIQUE

Symptomatique de la crise

Cœlioscopie, cholécystectomie, cholangiographie peropératoire

## CHOLECYSTITE

Antibiothérapie

Traitement chirurgical à J2 : cholécystectomie; cholangiographie peropératoire

## ANGIOCHOLITE AIGUE LITHIASIQUE

Antibiothérapie

Traitement étiologique pour drainage de la voie biliaire

Chirurgical : cholécystectomie, cholangiographie peropératoire, drainage sur drain de kher

Endoscopique : sphinctérotomie endoscopique, cholécystectomie secondaire

## I-COLIQUE HEPATIQUE

Colique hépatique	1-Traitement symptomatique de la crise : -Antalgiques -Antispasmodiques
	2-Traitement étiologique : -Antibioprophylaxie -Cœlioscopie -Cholécystectomie -Cholangiographie peropératoire -Anatomopathologie

## II-CHOLECYSTITE

Cholécystite	1-Mise en condition : -Urgence, hospitalisation en chirurgie -A jeun -Rééquilibration hydro-électrolytique -Repos au lit, glace sur le ventre
	2-Traitement médical en urgence : -Antibiothérapie : IV, double, bactéricide, synergique Active sur BGN et anaérobies A élimination biliaire Jusqu'à J5 post-opératoire -Antalgiques -Antispasmodiques 3-Traitement chirurgical à J2 : -Cœlioscopie -Cholécystectomie -Cholangiographie peropératoire -Anatomopathologie 4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

## III-ANGIOCHOLITE AIGUE LITHIASIQUE

### 1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation en chirurgie

A jeun

Rééquilibration hydro-électrolytique

Repos au lit

### 2-Traitement médical en urgence

#### Antibiothérapie

IV, double, bactéricide, synergique

Active sur BGN et anaérobies

A élimination biliaire

Jusqu'à J5 post-opératoire

Antalgiques

Antispasmodiques

### 3-Traitement étiologique pour drainage de la voie biliaire

Chirurgical	Endoscopique
-Cœlioscopie -Cholécystectomie -Cholécystotomie -Cholangiographie peropératoire -Drainage sur drain de kher -Anatomopathologie -Cholangiographie de contrôle (J10)	-Sphinctérotomie endoscopique -Extraction du calcul  -Cholécystectomie secondaire

### 4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

# CONSTIPATION

Hyperhydratation  
Traitement médicamenteux : laxatif ; suppo  
Extraction digitale d'un fécalome

1-Rassurer le patient

2-Règles hygiéno-diététiques

Hyperhydratation

Régime riche en fibres

Sport

Selles à heures fixes

3-Traitement médicamenteux

Constipation haute : **laxatif** (Forlax®)

Dyschésie anorectale : **suppositoire**

4-Extraction digitale d'un fécalome

# COLOPATHIE FONCTIONNELLE

Éliminer une étiologie organique (+++)  
Soutien psychologique  
Règles hygiéno-diététiques

1-Traitement après avoir éliminé une étiologie organique (+++)

2-Soutien psychologique

3-Règles hygiéno-diététiques

Diarrhée : régime pauvre en résidus, repas à heures fixes

Constipation : hyperhydratation, régime riche en fibres, sport, selles à heures fixes

Ballonnement : pas d'aliment fermentescible

4-Traitement médicamenteux

Diarrhée : Imodium®

Constipation : Forlax®

Ballonnement : Smecta®

Douleurs : Spasfon®

5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement



# **PATHOLOGIE HEMORROIDAIRE**

Éliminer une étiologie organique ± coloscopie (+++)

Régularisation de transit et arrêt des facteurs favorisants

Traitement spécifique :

Hémorroïdes externes : excision et extraction d'une thrombose

Hémorroïdes internes : ligatures élastiques

1-Traitement après avoir éliminé une étiologie organique ± coloscopie (+++)

2-Régularisation de transit et arrêt des facteurs favorisants

3-Traitement médicamenteux

Général : AINS, antalgique, veinotonique

Local : antalgique

4-Traitement spécifique

<b>Hémorroïdes externes</b>	Excision et extraction d'une thrombose
<b>Hémorroïdes Internes</b>	-Ligatures élastiques -Injections sclérosantes -Photocoagulation infrarouge -Hémorroïdectomie chirurgicale

5-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

# **ULCERE GASTRO-DUODENAL**

Arrêt tabac et AINS

Traitement médicamenteux (+++):

1<sup>ère</sup> sem : éradication H. Pylori : Mopral® 40 mg/j en 2 prises ; Clamoxyl® 2 g/j en 2 prises ; Clarythromidine® 1 g/j en 2 prises

5 sem suivantes : Mopral® 40 mg/j en 2 prises

1-Arrêt des facteurs favorisants (tabac et AINS)

2-Traitement médicamenteux (+++)

<b>1<sup>ère</sup> sem</b>	Eradication H. Pylori : -Mopral® 40 mg/j en 2 prises -Clamoxyl® 2 g/j en 2 prises -Clarythromicine® 1 g/j en 2 prises
<b>5 sem suivantes</b>	-Mopral® 40 mg/j en 2 prises

3-Surveillance efficacité et tolérance du traitement

Clinique : douleurs, hématemèse

Paraclinique : FOGD à 1 mois pour UG (± UD)





# OPHTHALMOLOGIE





# CATARACTE

Extraction extra-capsulaire par phakoémulsification  
Correction de l'aphakie par un implant intra-oculaire de chambre postérieure

## I-INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

Baisse d'acuité visuelle significative avec retentissement fonctionnel  
Surveillance rétinienne indispensable (diabète)

## II-TRAITEMENT CHIRURGICAL

### 1-Mise en condition

Après bilan pré-opératoire  
Après éradication de tous les foyers infectieux  
Sous anesthésie locale

### 2-Chirurgie ophtalmologique

Incision cornéenne  
Extraction extra-capsulaire par phakoémulsification  
Correction de l'aphakie par un implant intra-oculaire de chambre postérieure  
± Suture

### 3-Mesures associées

Coque oculaire protectrice transparente  
Arrêt de travail d'une semaine (rare étant donné l'âge de survenue !)

### 4-Surveillance clinique à J1, J5, J15

# GLAUCOME CHRONIQUE

## 1<sup>ERE</sup> INTENTION :

Traitement médical local : collyres  $\beta$ -bloquants ; si échec à J15, bithérapie

## 2<sup>EME</sup> INTENTION :

Traitement chirurgical : trabéculéctomie chirurgicale ; collyre anti-inflammatoire

<p><b>1<sup>ère</sup> Intention : Traitement médical local</b></p>	<p>1-Collyres <math>\beta</math>-bloquants seuls (hors CI) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Timoptol®</li> <li>-1 gte dans chaque œil 2/j</li> <li>-Revoir à 15 j</li> </ul> <p>2-Traitement de la cause et des facteurs favorisants (médic)</p> <p>3-Surveillance (FO, tension intra-oculaire, CV)</p> <p>4-Si échec à J15, bithérapie avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Analogues de la prostaglandine</li> <li>-<math>\alpha</math>2-mimétiques</li> <li>-Inhibiteur de l'anhydrase carbonique</li> </ul>
<p><b>2<sup>ème</sup> Intention : Traitement chirurgical</b></p>	<p>1-Trabéculéctomie chirurgicale (ou sclérectomie profonde non perforante)</p> <p>2-Collyre anti-inflammatoire</p> <p>3-Surveillance (FO, AV, CV, TIO, glaucome malin 2<sup>ème</sup>)</p>

# BAISSE ACUTE VISUELLE BRUTALE

## GLAUCOME AIGU A ANGLE FERME

Arrêt d'un médicament déclencheur

Traitement curatif de l'œil concerné : hypotonisants locaux + Diamox® + Potassium + Mannitol® (+pilocarpine dans un second temps)

Œil controlatéral : Pilocarpine®

Prévention des récurrences : Iridectomie périphérique au laser

## DECOLLEMENT DE RETINE

Préventive : fond d'œil régulier (myopie+++), laser Argon des lésions rétinienne favorisant

Curative : voie externe ou interne

## I-GLAUCOME AIGU A ANGLE FERME

### 1-Mise en condition

Urgence, pronostic visuel

Hospitalisation en ophtalmologie

Arrêt d'un médicament atropinique

### 2-Traitement curatif de l'œil concerné

Hypotonique : Diamox® + potassium (± Mannitol®)

Myotique : Pilocarpine®

Si échec : iridectomie périphérique en urgence

### 3-Œil controlatéral : Pilocarpine®

### 4-Traitement symptomatique

Antalgique

Anxiolytique

### 5-Surveillance

### 6-Prévention des récurrences

Iridectomie périphérique bilatérale (ou iridotomie au laser YAG)

Pas de contre-indications médicamenteuses si prévention des récurrences

## II-DECOLLEMENT DE RETINE

Préventive	1-Laser Argon des lésions rétinienne rhégmato-gènes	
	2-Fond d'œil systématique aux sujets à risque : -Myope -Aphake	
Curative	<u>Indications dans les cas classiques</u>	<u>Traitement extra-oculaire :</u> -Cryoapplication -Indentation épisclérale
	<u>Indications dans certains cas :</u> 1-Hémorragie intra-vitréenne 2-Déchirure géante et tractionnelle 3-OVCR 4-Rétinopathie diabétique	<u>Traitement intra-oculaire :</u> - Vitrectomie 3 voies - Tamponnement interne par gaz ou silicone - Endo-laser - ± Dissection de la membrane de prolifération vitéo-rétinienne - ± Ablation des néo-vaisseaux

### **III-OBLITERATION DE L'ARTERE CENTRALE DE LA RETINE**

#### **1-Traitement général**

Antiagrégant : aspirine  
Fibrinolyse in situ en neuroradiologie  
Anticoagulant : HBPM  
Mannitol® ou Diamox®  
Vasodilatateur discuté

#### **2-Traitement local discuté**

Position de Tredelenbourg  
Ponction de chambre antérieure

#### **3-Traitement étiologique (Horton) ± prévention par aspirine**

#### **4-Surveillance (FO, AV, TIO, angio)**

### **IV-OBLITERATION DE LA VEINE CENTRALE DE LA RETINE**

#### **1-Traitement général**

Antiagrégant : aspirine  
Vasodilatateur : Veinamitol®  
Anticoagulant : HBPM  
Hémodilution iso-volémique

#### **2-Photocoagulation au laser Argon sur :**

Ischémique : néo-vascularisation  
Œdémateuse : œdème maculaire cystoïde

#### **3-Traitement étiologique (diabète, HTA) ± prévention par aspirine**

#### **4-Surveillance ophtalmo (FO, AV, TIO, angio)**

# ŒIL ROUGE ET DOULOUREUX

Uvéite antérieure aiguë : collyre corticoïde, collyre mydriatique (Atropine®), traitement étiologique  
Kératite herpétique : collyre antiviral (Iduviran®), collyre cicatrisant (vitamine A)  
Conjonctivite aiguë bactérienne : collyre antiseptique, collyre antibiotique (rifampicine)

Uvéite antérieure aiguë	1-Urgence thérapeutique, en ambulatoire 2-Traitement local : -Collyre mydriatique (Atropine®) -Collyre corticoïde 3-Traitement étiologique 4-Surveillance des 2 yeux
Kératite herpétique	1-Ambulatoire 2-Traitement local : -Collyre antiviral -Collyre cycloplégique (Atropine®) -Collyre cicatrisant (vitamine A) 3-Traitement général si persistance à J7 par Zovirax® per os 4-Surveillance des 2 yeux
Conjonctivite aiguë bactérienne	1-Ambulatoire 2-Traitement local : -Collyre antiseptique -Collyre antibiotique (rifampicine) 3-Surveillance des 2 yeux

CI aux collyres corticoïdes :

- Ulcère cornéen
- Infection oculaire
- Glaucome aigu à angle fermé
- Allergie
- Trachome évolutif



# PATHOLOGIES DES PAUPIERES

Chalazion : pommade antibiotique + corticoïde : Ster-dex<sup>®</sup>, 15 j

Orgelet : pommade (rifampicine)

Entropion : chirurgical

Ectropion : chirurgical

Ptosis : étiologique

Chalazion	1-Traitement local en pommade : -Antibiotique + corticoïde : Ster-dex <sup>®</sup> -15 j 2-Traitement chirurgical : excision : -En dehors des périodes inflammatoires -Par voie interne ou externe
Orgelet	1-Antibiothérapie locale en pommade (rifampicine) 2-Antibiothérapie générale si signes généraux 3-Si récurrence : -Traitement d'un facteur favorisant (diabète) -Vaccination antistaphylococcique. Ça existe ?
Entropion	1-Lentille souple protectrice (en attendant la chirurgie) 2-Traitement chirurgical sous AL
Ectropion	1-Traitement des conjonctivites et des kératites 2-Traitement chirurgical curatif
Ptosis	1-Traitement étiologique 2-Si échec : traitement chirurgical curatif

# TROUBLE DE LA REFRACTION

Myopie : verres divergents (concaves)  
Hypermétropie : verres convergents (convexes)  
Astigmatisme régulier : lentilles toriques

Myopie	1-Verres divergents (concaves) -Lunettes -Lentilles de contact 2-Chirurgie réfractive
Hypermétropie	1-Verres convergents (convexes) -Lunettes -Lentilles de contact 2-Chirurgie réfractive
Astigmatisme régulier	Lentilles toriques

# STRABISME DE L'ENFANT

En 1<sup>ère</sup> intention : verre correcteur, rééducation  
Si échec :  
Absence d'amblyopie : traitement chirurgical  
Présence d'amblyopie : rééducation par occlusion alternée

En 1 <sup>ère</sup> Intention	1-Si amblyopie : -Réversible si âge <6 ans -Occlusion de l'œil non amblyope -Correction optique de l'œil amblyope 2-Rééducation orthoptique 3-Surveillance
Si échec	<u>En l'absence d'amblyopie :</u> 1-Traitement chirurgical des masses musculaires 2-Lunettes
	<u>En présence d'amblyopie :</u> -Rééducation par occlusion alternée

# TRAUMATISME OCULAIRE

## PLAIE PENETRANTE DE L'ŒIL

Traitement médical :

Local : collyre antibiotique, pansement oculaire stérile

Général : antibiotique (fluroquinolone), SAT/VAT

Traitement chirurgical : extraction du corps étranger ; réparation des lésions anatomiques ; porte d'entrée

Mesures socioprofessionnelles : récidives (lunettes)

## BRULURE OCULAIRE

Pré-hospitalier : lavage oculaire abondant au sérum phy ; (20 min)

Hospitalier : collyre antibiotique, collyre cicatrisant, larmes artificielles, pansement oculaire

Mesures socioprofessionnelles

## I-PLAIE PENETRANTE DE L'ŒIL

### 1-Mise en condition

Urgence, hospitalisation

A jeun, bilan pré-opératoire

Information au patient

### 2-Traitement médical

<b>Local</b>	-Collyre cycloplégique (Atropine®) -Collyre antibiotique (rifampicine) -Pansement oculaire stérile
<b>Général</b>	-Antibiotique (fluroquinolone) -SAT/VAT -Anxiolytique

### 3-Traitement chirurgical

Sous AG, au bloc opératoire, sous microscope

Extraction du corps étranger

Réparation des lésions anatomiques

Traiter la porte d'entrée

### 4-Mesures socioprofessionnelles

Arrêt de travail

Accident de travail (selon)

Education du patient pour prévention des récidives (lunettes)

### 5-Surveillance rapprochée

## II-BRULURE OCULAIRE

<b>Pré-hospitalier</b>	-Urgence -Lavage oculaire abondant au sérum phy -(20 min) -Transport rapide vers un centre spécialisé
<b>Hospitalier</b>	<b>1-Mise en condition :</b> -Hospitalisation -Appel du centre anti-poison -Continuer le lavage au sérum phy <b>2-Traitement local :</b> -Collyre antibiotique -Collyre cicatrisant -Collyre cycloplégique -Collyre corticoïde -Larmes artificielles -Pansement oculaire <b>3-Mesures socioprofessionnelles :</b> -Arrêt de travail -Accident de travail (selon) -Education du patient (port de lunettes) <b>4-Surveillance des 2 yeux</b>

# RETINOPATHIE DIABETIQUE

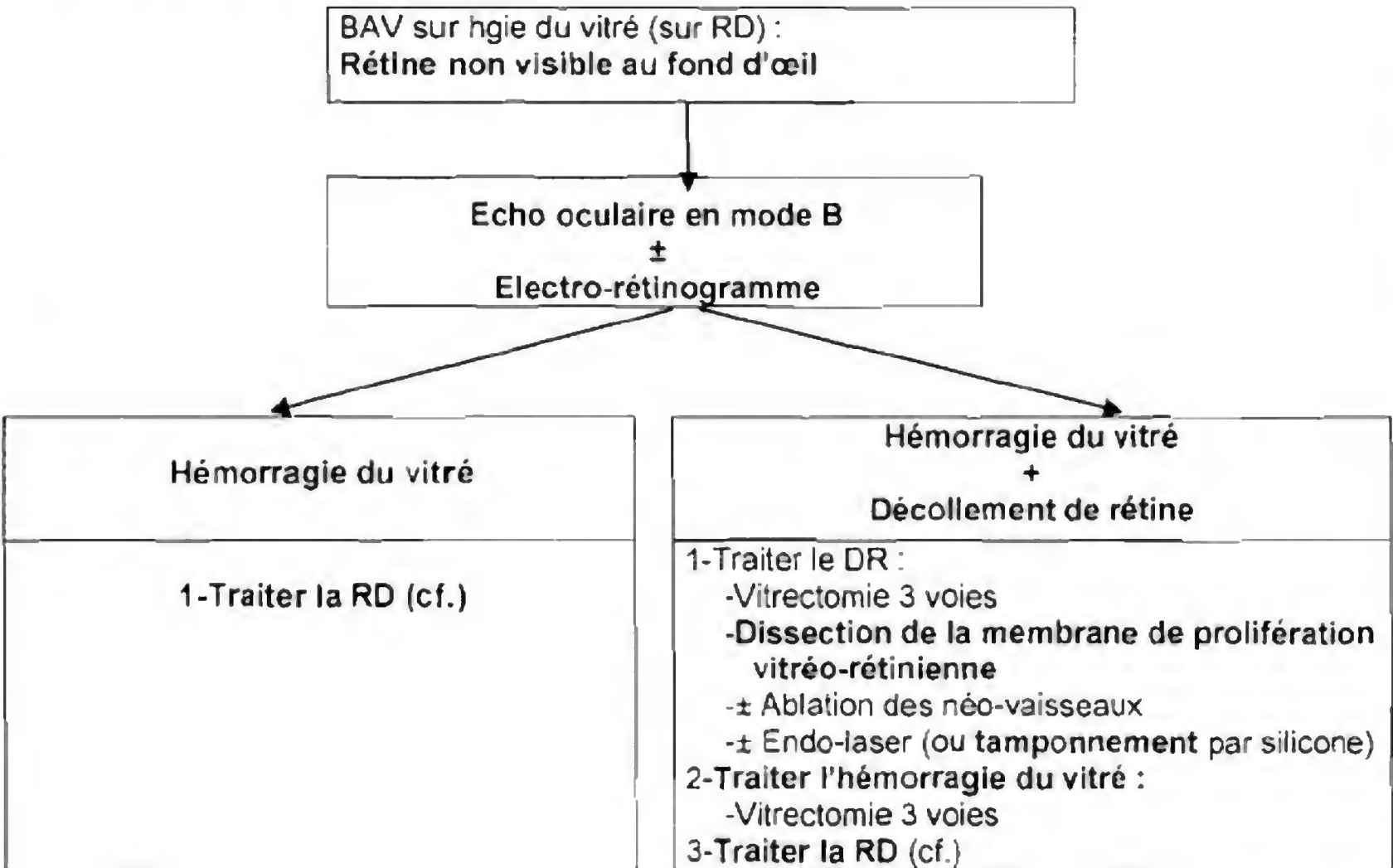
## TRAITEMENT

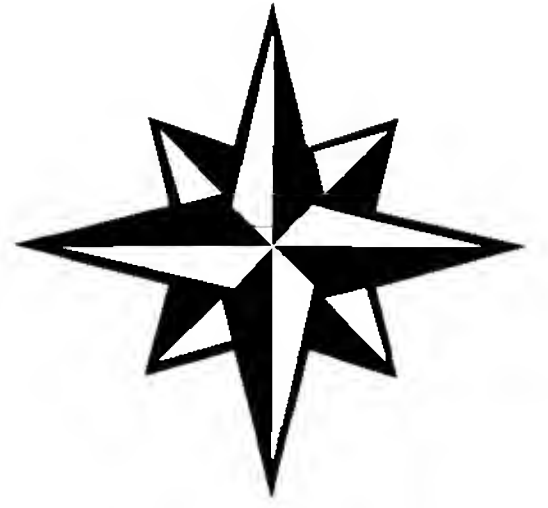
Equilibrer le diabète et l'HTA (progressivement)  
Aspirine  
Photocoagulation au laser Argon si rétinopathie pré-proliférante et proliférante  
**CAT DEVANT UNE HÉMORRAGIE DU VITRE**  
Si rétine non visible au fond d'œil, écho oculaire en mode B

## I-TRAITEMENT

- 1-Equilibrer le diabète (progressivement)
- 2-Equilibrer l'HTA
- 3-Aspirine
- 4-Photocoagulation au laser Argon :
  - Rétinopathie pré-proliférante (pan-photocoagulation)
  - Maculopathie œdémateuse (laser focal maculaire)

## II-CAT DEVANT UNE HÉMORRAGIE DU VITRE





# **MALADIES INFECTIEUSES**







# PRISE EN CHARGE DU VIH

Traitement médicamenteux : Indications en fonction des CD4 ; prophylaxie primaire, prophylaxie secondaire :  
Bactrim® ; trithérapie anti-rétrovirale ; vaccinations  
Education du patient : observance du traitement ++ (sinon différer) ; prévenir la transmission  
Mesures psycho-sociales : psychologique ; 100% ; déclaration obligatoire

## 1-Traitement médicamenteux

Prophylaxie des infections opportunistes :

Indications CD4	Infection opportuniste	Prophylaxie primaire	Prophylaxie secondaire
< 200	Pneumocystose	Bactrim® faible 1/j	
	Toxoplasmose	Bactrim® faible 1/j	PSA 1/2 doses
< 100	CMV	Discutée	Ganciclovir® 1/2 doses

## 4- Trithérapie anti-rétrovirale :

Indications	-Stade SIDA -Infection VIH symptomatique -CD4 < 200/mm <sup>3</sup> -200 < CD4 < 350 + CV > 100 000 ou baisse rapide des CD4 -Pas d'indications si CD4 > 350
Type	1-Inb nucléosidique de la RT (AZT) 2-Inb nucléosidique de la RT (3TC) 3-Inb non nucléosidique de la RT (efavirenz) ou inb de protéase (nelfinavir)

## 5- Vaccinations :

Contre-Indiqué	Vaccins vivants
Indiqué	-Grippe -Pneumocoque -Hépatite B

## 2-Education du patient

Prévenir les infections opportunistes  
Règles hygiéno-diététiques (si séro toxo-)  
Eviter transfusion (si CMV-)  
Observance du traitement ++ (sinon différer) et des bilans  
Programmer une grossesse  
Prévenir la transmission du virus :  
Préservatif, dépistage du partenaire  
Pas de don de sang et de sperme  
Information au personnel médical

## 3-Mesures psycho-sociales

Soutien psychologique et associations  
100% et mesures sociales  
Déclaration obligatoire

## 4-Surveillance clinique et paraclinique du traitement à vie

Efficacité : CD4, charge virale, LDH, (sérologies toxo et CMV selon)  
Tolérance : NFS, plaquettes, BHC, fonction rénale, CPK (AZT), neuro (3TC)  
Observance et éducation

NB : PSA signifie :

- Pyrazynamide
- Sulfadiazine
- Acide folique

# INFECTION OPPORTUNISTE

## PNEUMOCYSTOSE PULMONAIRE

Traitement médicamenteux : Bactrim®, Osfolate®, différer le début d'une éventuelle trithérapie, corticothérapie

Kinésithérapie respiratoire, oxygène

Surveillance sat, NFS, transaminases, créat

Prise en charge du VIH secondairement (cf.) : déclaration obligatoire, 100%, Bactrim® faible 1/j

## TOXOPLASMOSE CEREBRALE

PSA : pyrazynamide + sulfadiazine + acide folique ; Vichy® : mannitol

Surveillance: scanner cérébral à J10 ; NFS, créat

Prise en charge du VIH secondairement (cf.) : déclaration obligatoire, PSA 1/2 doses

## INFECTIONS A CMV

Ganciclovir, trithérapie, Bactrim®

Prise en charge du VIH secondairement (cf.) : déclaration obligatoire, Cymévan® 1/2 doses

## I-PNEUMOCYSTOSE PULMONAIRE

### 1-Mise en condition

Hospitalisation (si signes de gravité)

Oxygène (en fonction de la saturation)

1 vvp (selon)

### 2-Traitement médicamenteux

Cotamixazole Bactrim®

Traitement d'attaque

21 jours

Per os (IV si PaO<sub>2</sub> < 50 mmHg)

Si CI : pentamidine, atovaquone, trimétrexate

Acide folique Osfolate®

Différer le début d'une éventuelle trithérapie

Corticothérapie (si PaO<sub>2</sub> < 70 mmHg)

### 3-Kinésithérapie respiratoire

### 4-Surveillance clinique et paraclinique du traitement

Efficacité : dyspnée, sat, rx de thorax

Tolérance : NFS, transaminases, créat, cutané

### 5-Prise en charge du VIH secondairement (cf.)

Déclaration obligatoire, 100%

Prévention secondaire par Bactrim® faible 1/j

Trithérapie anti-rétrovirale

Education

## II-TOXOPLASMOSE CEREBRALE

### 1-Mise en condition

Hospitalisation

1/2 assis et oxygène (si HTIC)

## **2-Traitement médicamenteux**

### **6- PSA : pyrazinamide + sulfadiazine + acide folique**

Traitement d'attaque

Per os

6 à 8 semaines

Test diagnostique

Si CI : pyréméthamine + clindamycine

Vichy® : diurèse alcaline pour éviter les lithiases

Mannitol pour l'HTIC par l'œdème cérébral

Rivotril® si convulsions

## **3-Surveillance clinique et paraclinique du traitement**

Efficacité : signes de localisation, HTIC, scanner cérébral à J10

Tolérance : NFS, créat

## **4-Prise en charge du VIH secondairement (cf.)**

Déclaration obligatoire, 100%

Prévention secondaire par PSA 1/2 doses

Trithérapie anti-rétrovirale

Education

## **III-INFECTIIONS A CMV**

### **1-Mise en condition, Hospitalisation**

## **2-Traitement médicamenteux**

Ganciclovir Cymévan®

Traitement d'attaque

Intraveineux

21 jours

Trithérapie à mettre en place

Bactrim® : prophylaxie pneumocystose et toxoplasmose

Asadose® : prophylaxie des mycobactéries atypiques

## **3-Mesures associées en fonction de la localisation de l'infection**

## **4-Surveillance clinique et paraclinique du traitement**

Efficacité : symptomatologie, FO si rétinite...

Tolérance : NFS, plaquettes

## **5-Prise en charge du VIH secondairement (cf.)**

Déclaration obligatoire, 100%

Prévention secondaire par Cymévan® 1/2 doses

Trithérapie anti-rétrovirale

Education

# ACCIDENT D'EXPOSITION AU SANG

Soins locaux immédiats : laver ; Dakin® 5 minutes  
Bilan clinique et biologique, source et contaminé  
Prévention des infections :  
VIH : trithérapie anti-rétrovirale ; hépatite B : vaccination si taux Atc < 10 voire sérothérapie si ADN vhb + chez source ; hépatite C ; tétanos  
Mesures légales : déclaration d'accident du travail : AES, certificat médical initial ; médecin référent : information ; médecin du travail  
Surveillance clinique et biologique au 1<sup>er</sup>, 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois : sérologie VIH, Hép C, HépB

## 1-Soins locaux immédiats

Retirer l'objet en question si encore présent  
Laver avec du savon et rincer à l'eau courante  
Antisepsie au Dakin® 5 minutes

## 2-Bilan clinique et biologique, source et contaminé

## 3-Prévention des infections

VIH	-En fonction du risque évalué -Trithérapie anti-rétrovirale -Avant H4 (au maximum avant H48) -1 mois -Préservatifs durant 3 mois
Hépatite B	Vaccination si taux Atc < 10 voire sérothérapie si ADN vhb + chez source
Hépatite C	0
Tétanos	cf.

## 4-Mesures légales

Déclaration d'accident du travail : AES, certificat médical initial  
Médecin référent : suivi à H0 et H48, information  
Médecin du travail : prévenu sous 8 jours, suivi jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois

## 5-Surveillance clinique et biologique au 1<sup>er</sup>, 3<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> mois

Sérologie VIH (Atg p24 le 1<sup>er</sup> mois), Hép C (ARN VHC selon), HépB  
NFS, transaminases

# GRIPPE NON COMPLIQUEE

Antipyrétique, antalgique, vitamine C  
Prévention par vaccination

**1-Traitement ambulatoire symptomatique ( $\pm$  arrêt de travail)**

**2-Traitement médicamenteux**

Antipyrétique

Antalgique

Vitamine C

Antiviraux type Tamiflu® (rare)

**3-Traitement non médicamenteux**

Repos au lit

Hydratation

**4-Prévention par vaccination**

Vaxigrip®

1 SC/an en automne

Indications : > 65 ans, professionnels de santé, immunodépression, insuffisance viscérale

Contre-indications : allergie à l'œuf, maladie infectieuse en cours

Modifié et adapté chaque année

**5-Auto-surveillance clinique de l'efficacité du traitement**

(éviter le contact avec les patients à risque)

# OREILLONS

Antipyrétique, antalgique, AINS

Repos au lit ; soins de bouche si parotidite ; suspensor si orchite

Prévention de la dissémination : éviction scolaire, vaccination

## 1-Traitement ambulatoire symptomatique

## 2-Traitement médicamenteux

- Antipyrétique
- Antalgique
- AINS

## 3-Traitement non médicamenteux

- Repos au lit
- Soins de bouche si parotidite
- Suspensor si orchite

## 4-Prévention de la dissémination

- Eviction scolaire
- Vaccination :  
Vaccin vivant atténué (associé dans ROR)  
A 1 an et rappel avant 2 ans  
Indications : enfant de 1 an, sujets jeunes non-immuns, contagé chez sujets mono-orchides ou malentendants

## 5-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

# VARICELLE

Atarax<sup>®</sup>, paracétamol ; PAS d'aspirine (Sd Reye)  
Limiter la dissémination : éviction scolaire

## 1-Traitement local

Couper les ongles court : éviter l'impétiginisation  
Lavage et rinçage  
Chlorexidine moussante : antiseptie

## 2-Traitement général

Atarax<sup>®</sup> : antihistaminique sédatif contre le prurit  
Paracétamol : antipyrétique, PAS d'aspirine (Sd Reye)  
Pyostacine<sup>®</sup> si impétiginisation

## 3-Limiter la dissémination

Eviction scolaire jusqu'à disparition des croûtes  
Eviter le contact avec l'immunodéprimé et la femme enceinte

## 4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement



# ZONA

Traitement local : Chlorhexidine®, Zovirax® crème  
Traitement général :  
Immunodéprimé : Zovirax® IV  
Immunocompétent > 50 ans : Zelitrex® PO 10 j ; débuter dans les 72 h ; prévenir les algies post-zoostériennes  
Zona ophtalmique : Zelitrex® PO 10 j ; prévention de la kérato-conjonctivite  
Algies post-zoostériennes : antidépresseur triC, anti-épileptique ; EVA  
Traitement d'un éventuel facteur favorisant (VIH chez jeune)

- 1-Traitement local  
Lavage et rinçage  
Chlorhexidine® moussante : antisepsie  
Zovirax® crème (ou pommade ophtalmique) : que zona ophtalmique

2-Traitement général

Immunodéprimé	-Zovirax® IV -Traitement de l'immunodépression -Isolement
Immunocompétent > 50 ans	-Zelitrex® PO 10 j -Débuter dans les 72 h -But : prévenir les algies post-zoostériennes
Zona ophtalmique	-Zelitrex® PO 10 j -But : prévention de la kérato-conjonctivite
Algies post-zoostériennes	-Antalgiques paliers 1 OMS -Antidépresseur triC, anti-épileptique -Evaluation de la douleur par EVA

- 3-Traitement d'un éventuel facteur favorisant (VIH chez jeune)  
4-Surveillance clinique de l'efficacité du traitement

# RAGE

## VACCINATION PREVENTIVE:

Vaccination préventive humaine, vaccination animale, éducation

## PROPHYLAXIE D'UNE MORSURE ANIMALE :

Adresser au centre anti-rabique

Traitement local : ammonium quaternaire ; parage ; pas de suture

Traitement général : antitétanique ; Augmentin<sup>®</sup>, prophylaxie antirabique : vaccin curatif, Ig humaines spécifiques

## I-VACCINATION PREVENTIVE ET INFORMATION

Vaccination préventive humaine chez professionnel

Vaccination animale

Education : conduite à risque, voyage à l'étranger

## II-PROPHYLAXIE D'UNE MORSURE ANIMALE

Adresser au centre anti-rabique

### 1-Traitement local

Lavage, rinçage

Ammonium quaternaire : désinfection

Parage : ablation des CE, excision des tissus nécrosés

Exploration chirurgicale (selon)

Pas de suture

### 2-Traitement général

Prophylaxie antitétanique (cf.)

Prophylaxie antibiotique par Augmentin<sup>®</sup> (pasteurella, CG+)

Prophylaxie antirabique :

Vaccin curatif :

→ vaccin à débiter si animal vivant suspect ou si animal mort avec encéphale intact

→ vaccin dans sa totalité si animal enragé ou inconnu

Ig humaines spécifiques : plaies graves, étendues, à la face

# PREVENTION DU TETANOS

VACCINATION PREVENTIVE  
PROPHYLAXIE D'UNE PLAIE TETANIGENE (Ministère 25/06/80)  
Traitement local  
Sérothérapie et vaccination : vaccination, plaie minime ; plaie grave

## I-VACCINATION PREVENTIVE

Type	-Anatoxine -Vaccin antitétanique, Tétavax®
Indications	-Obligatoire en France chez enfant < 18 mois -Militaires -Professionnels de santé
Mode	-Enfant : 3 inj à 1 mois d'intervalle + rappel à 1 an, 5 ans puis/10 ans -Adulte : 2 inj à 1 mois d'intervalle + rappel à 1 an puis/10 ans
CI	-Aucune

## II-PROPHYLAXIE D'UNE PLAIE TETANIGENE (Ministère 25/06/80)

### 1-Traitement local

Lavage, rinçage

Bétadine® : désinfection

### 2-Sérothérapie et vaccination

Vaccination		Plaie minime	Plaie grave
-Certaine et complète	Rap < 5 a	0	0
	Rap 5 à 10 a	0	Rappel
	Rap > 10 a	Rappel	-Rappel -Ig 250 UI
-Certaine et incomplète		-Vaccin à cplter	-Vaccin à cplter -Ig 250 UI
-Absente -Inconnue		-Vaccin à cplter -Ig 250 UI	-Vaccin à cplter -Ig 500 UI

Minime : plaie minime non souillée, ulcère et chirurgie

Grave : étendue, souillée, corps étrangers, brûlures étendues, ulcères nécrotiques, avortement ou accouchement septique, gangrène

# MALADIE DES GRIFFES DU CHAT / LYME / PASTEURELLOSE

**GRIFFES DU CHAT :**

Antibiothérapie : abstention si non-complicé, si compl. : macrolides

**LYME :**

Phase 1<sup>ère</sup>, Amoxicilline® ou cyclines ; phase 2<sup>ème</sup> : amox ou C3G ; phase 3<sup>ème</sup> : C3G 1M

Maladie professionnelle

**PASTEURELLOSE :**

Augmentin®

Maladie professionnelle

Maladie	GRIFFES DU CHAT	LYME	PASTEURELLOSE
Antibiothérapie	-Abstention si non-complicé -Si compl. : macrolides -Per os -15 jours -Si CI : rifampicine, fluoroquinolones	-Phase 1 <sup>ère</sup> -Amoxicilline® ou cyclines -Per os 15 jours -Phase 2 <sup>ème</sup> : amox ou C3G -Phase 3 <sup>ème</sup> : C3G 1M	-Augmentin® -Per os -15 jours
Maladie professionnelle	non	oui	oui
Surveillance	Clinique et paraclinique de l'efficacité du traitement		
Autre	→ Si suppuration -Aspiration ganglionnaire -A l'aiguille -Sous asepsie	→ Education -Retirer les tiques -Habits longs	

# MENINGITES BACTERIENNES

**Traitement étiologique :**

- Antibiothérapie IVSE
- Méningocoque : C3G, 7 j
- Pneumocoque : C3G, 10 j
- Listéria : amoxicilline + aminoside, 21 j
- Tuberculeuse : quadrithérapie (+ corticoïdes), 1 an
- Mesures si méningocoque (cf.)

**1-Mise en condition**

- Urgence
- Hospitalisation (± en réa)
- 1 vvp, rééquilibration hydro-électrolytique (SIADH)
- Oxygénothérapie

**2-Traitement étiologique : antibiothérapie**

- En urgence après les prélèvements bactériologiques
- Probabiliste secondairement adaptée aux prélèvements
- IVSE, à fortes doses
- A bon passage méningé
- Type :

Germe	Antibiothérapie	Durée
Méningocoque	-Amoxicilline (si confirmé) -C3G (si jeune ou ID)	7 j
Pneumocoque	-C3G -C3G + vancomycine (si PDSP ou grave)	10 j
Hæmophilus	C3G+Corticoïdes	14 j
Listéria	Amoxicilline + Aminoside	21 j
Tuberculeuse	Quadrithérapie (+ Corticoïdes)	1 an

-Amoxicilline	200 mg/kg/j
-Claforan®	200 mg/kg/j
-Gentamycine	3 mg/kg/j
-Vancomycine	50 mg/kg/j

**3-Traitement symptomatique**

- Antipyrétiques chez les enfants
- Anticonvulsivants si convulsions
- Traitement d'une CIVD

**4-Traitement de la porte d'entrée**

**5-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement**

- Clinique : pouls, TA, T°, conscience, diurèse, signes neuro, complications
- Paraclinique : NFS, VS, CRP, iono, créat, hémocultures, PL si PDSP

**6-Mesures si méningocoque (cf.)**

**NB :** Type d'antibiothérapie probabiliste :

Absence de germes	C3G
Doute sur PDSP	C3G + vancomycine
Signes de gravité	C3G + vancomycine + amoxicilline

# MESURES SI MENINGOCOQUE

Déclaration obligatoire  
Prophylaxie du méningocoque :  
Eviction scolaire, vaccination, antibioprophylaxie (cf.) : source et sujets contacts  
Sujets concernés  
Antibioprophylaxie : rifampicine (Rifadine®) 2 j ; adulte : 4 cp/j

1-Déclaration obligatoire (au médecin chef de la DDASS)

2-Prophylaxie du méningocoque  
Eviction scolaire des cas de méningites  
Vaccination si souche A et C  
Antibioprophylaxie (cf.) : source et sujets contacts  
Pas de désinfection de locaux  
Pas d'éviction des sujets contacts

Sujets concernés	<ul style="list-style-type: none"><li>-Crèche</li><li>-Camarades d'université</li><li>-Ecole :<ul style="list-style-type: none"><li>1 cas dans 1 classe : voisins</li><li>2 cas dans 1 classe : toute la classe</li><li>2 cas dans 2 classes : les 2 classes</li><li>3 cas dans 2 classes : toute l'école</li></ul></li></ul>	
Antibioprophylaxie	Rifampicine (Rifadine®) 2 j	<ul style="list-style-type: none"><li>-Adulte : 4 cp/j</li><li>-Enfant : 20 mg/kg/j</li><li>-Nv-né : 10 mg/kg/j</li></ul>
Antibioprophylaxie si contre-indication	Spiramycine (Rovamycine®) 5 j	<ul style="list-style-type: none"><li>-Adulte : 6 MUI</li><li>-Enfant : 150 000 UI/kg</li></ul>

Attention : rifampicine est inducteur enzymatique (pilule contraceptive)

# MENINGO-ENCEPHALITE HERPETIQUE

Zovirax®, IVSE, 10 mg/kg/8 h, 21 j ; amoxicilline + aminoside  
Traitement symptomatique : anticonvulsivant, mannitol, kiné

## 1-Mise en condition

### Urgence

Hospitalisation en réa

1/2 assis, scope, oxygénothérapie (± intubation ventilation)

1 vvp, rééquilibration hydro-électrolytique (SIADH)

Arrêt de l'alimentation orale si trouble de la conscience

## 2-TRAITEMENT étiologique

Antiviral :

Zovirax®

IVSE

10 mg/kg/8 h

21 j

Sans attendre les résultats

Antibiotique contre listéria en cas de doute

Amoxicilline + aminoside

## 3-Traitement symptomatique

Anticonvulsivant

Mannitol contre l'œdème cérébral

Prévention des complications de décubitus

Kinésithérapie et orthophonie à distance

## 4-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement

Clinique : pouls, TA, T°, conscience, diurèse, signes neuro, complications

Paraclinique : NFS, VS, CRP, iono, créat, hémocultures



# AVANT UN DEPART EN PAYS TROPICAL

## VACCINATIONS :

BCG, DTP, ROR

Anti : typhi, amarile (pas en Asie)

ORDONNANCE DE DEPART : chimioprophylaxie anti-palu

## CONSEILS AVANT DE PARTIR

Péril fécal : eau, alimentation, hygiène

Paludisme : moustiquaire, insecticides, répulsif, vêtements

Pied (nu ou dans l'eau) : pas de baignade en eau douce, ne pas marcher pieds nus

Sexe : rapports protégés

Chien : animaux errants

### 1-Vaccinations

BCG, DTP, ROR

Anti : typhi, amarile (pas en Asie)

Hépatite : A et B

Rabique (si zone d'endémie), méningocoque (si pèlerinage à la Mecque)

### 2-Ordonnance de départ

Micropur®

Immodium®

Quinine per os (en cas de suspicion d'accès palustre)

Chimioprophylaxie anti-palu :

Zone	Chimioprophylaxie	Doses	Durée
Asie du Sud-Est	Doxycycline	1 cp/j	Jour du départ à 4 sem après le retour
1	Nivaquine®		
2	Savarine®		
3	Lariam®	1 cp/s	1 sem avant le départ à 3 sem après le retour

**NB :** Femme enceinte

1-Expliquer les risques, repousser le voyage

2-Le Lariam® a obtenu l'AMM

3-CI à la Vibramycine® : macrolide

### 3-Conseils avant de partir

(Le péril du palu est le pied sexuel de l'autre chien)

<b><u>Péril fécal</u></b>	-Eau : bouteille, bouillie, pas de glaçon, désinfectée (Micropur®) -Alimentation : bien cuire la viande, peler les fruits, laver les Légumes, pas de fruits de mer -Hygiène : laver ses mains
<b><u>Paludisme</u></b>	-Moustiquaire -Insecticides -Répulsif à base de pyréthinoïdes -Vêtements longs -Bien prendre la chimioprophylaxie -En cas de doute : quinine et consulter
<b><u>Pied (nu ou dans l'eau)</u></b>	-Pas de baignade en eau douce -Ne pas marcher pieds nus
<b><u>Sexe</u></b>	-Rapports protégés contre MST
<b><u>Autres</u></b>	-Assurance -Protection contre le soleil -Trousse de sécurité
<b><u>Chien</u></b>	-Eviter le contact avec les animaux errants

# PALUDISME GRAVE

Mise en condition : réa, scope, sonde urinaire ; LVAS, oxygénothérapie

Traitement étiologique : quinine : 25 mg/kg/j, IVSE dans du G5%

Traitement symptomatique : antipyrétique ; anticonvulsivant ; nursing, anti-H2 ; CI formelle : corticoïdes et anticoagulants

Déclaration obligatoire

Surveillance: diurèse, neuro ; frottis sanguin, goutte épaisse, hémostase (CIVD) ; quininémie (6 à 12 mg/L), gly, ECG

Education/traitement préventif

## 1-Mise en condition

Urgence

Hospitalisation en réa, scope, sonde urinaire

LVAS, oxygénothérapie, (intubation, ventilation assistée)

1 vvp, rééquilibration hydro-électrolytique

## 2-Traitement étiologique

Quinine : 25 mg/kg/j, IVSE dans du G5%

Après gly. et ECG

Relais per os après 48 h d'apyrexie

Durée totale de 7 j

## 3-Traitement symptomatique

Antipyrétique

Anticonvulsivant

Nursing, anti-H2

EER si anurie

Transfusion CG (isoGp, isoRh) si anémie sévère ± angor (discuté)

CI formelle : corticoïdes et anticoagulants

## 4-Déclaration obligatoire

## 5-Surveillance clinique et paraclinique du traitement

Efficacité : pouls, TA, T°, conscience, diurèse, neuro, mollets frottis sanguin, goutte épaisse, hémostase (CIVD)

Tolérance : quininémie (6 à 12 mg/L), gly, scope/ECG

## 6-Education/traitement préventif

# FIEVRE TYPHOIDE

**Isolement ; mesures d'hygiène**

**Antibiothérapie : ofloxacine (Oflocet®), per os, 10 j ; contraception**

**Repos, régime sans résidu, K+ ; prophylaxie anti-palu à continuer**

**Déclaration obligatoire**

**Recherche de porteur de germes dans l'entourage**

**Surveillance: conscience, hydratation ; copro, hémoc**

**Traitement préventif : vaccination**

## **1-Mise en condition**

Urgence

Hospitalisation, isolement

**Mesures d'hygiène**

Thermomètre, bassin, vaisselle, individuels

Désinfection du linge à l'eau de Javel

Gants et lavages des mains pour le personnel

## **2-Traitement étiologique : antibiothérapie**

A concentration lymphatique élevée

Fluoroquinolone : **ofloxacine (Oflocet®)**

Per os (200 mg-2 cp/j)

10 j

Contraception chez une femme en âge de procréer

## **3-Traitement symptomatique**

Repos au lit

Régime sans résidu

Rééquilibration hydro-électrolytique (K+)

Antalgique non antipyrétique

prophylaxie anti-palu à continuer

## **4-Déclaration obligatoire**

## **5-Recherche de porteur de germes dans l'entourage**

## **6-Surveillance de la tolérance et de l'efficacité du traitement :**

Clinique : pouls, TA, T°, conscience, diurèse, hydratation, TR, neuro

Paraclinique : copro, hémoc, NFS, VS, iono, ECG

## **7-Traitement préventif**

Education

Hygiène

Vaccination

Vérifier l'absence de portage du patient à distance

# AMIBIASE / HYDATIDOSE / OXYURIOSE

## AMIBIASE :

Curatif : Flagyl® 1 sem ; Intérix® 2 sem ; EPS ; si échec : drainage

Préventif : péril fécal

## HYDATIDOSE :

Curatif : chirurgical : kystectomie ; médical : Zentel®

Préventif : élimination ; vermifugation

## OXYURIOSE :

Curatif : Fluvermal® (1 cp à J0, 1 cp à J21) ; laver les mains, couper les ongles ; traiter la famille

Préventif : laver les mains, couper les ongles

Germes	Traitement curatif	Traitement préventif
<b>Amibiase</b>	1-Flagyl® 1 sem (amœbicide diffusible) 2-Intérix® 2 sem (amœbicide de contact) 3-EPS à la fin du traitement 4-Si échec : <b>drainage</b> ou chirurgie (si complications : chirurgie)	Lutte contre le péril fécal
<b>Hydatidose</b>	1-Chirurgical : kystectomie respectant les parois (ou : sous écho/ponction/aspiration/injection d'éthanol/réaspiration) 2-Médical : Zentel®	1-Elimination de chiens errants 2-Vermifugation des chiens
<b>Oxyuriose</b>	1-Fluvermal® (1 cp à J0, 1 cp à J21) 2-Laver les mains, couper les ongles, laver vêtements en machine 3-traiter la famille	1-Laver les mains, couper les ongles 2-Traiter les cas et leurs familles

# VACCINATIONS

## TYPE :

Bactériens : tétanique, diphtérique ; coqueluche entier ; HIB ; vaccins bact. vivants : BCG  
Viraux : polio orale, ROR ; grippe, hépatite B, polio injectable

## GENERALITES :

Obligatoires en France  
CI chez l'ID  
Effets secondaires possibles : fièvre, convulsions  
Indiqués spécifiquement : grippe, hépatite B  
Anti-amarile : 10 j avant le départ  
Hépatite B

## CALENDRIER VACCINAL :

1<sup>er</sup> mois : BCG  
2<sup>ème</sup> 3<sup>ème</sup> 4<sup>ème</sup> mois, rappel à 1 an : DTPolio, Coq, HI B, Hép B  
1 an : ROR  
> 70 ans : grippe

## 1-Type

Bactériens	Viraux
1-Anatoxines : -Tétanique -Diphtérique 2-Vaccins bact. inertes complets : -Coqueluche entier -Choléra -Leptospirose 3-Vaccins bact. inertes polysaccharidiques : -Meningocoque -Pneumocoque -Typhoïde -HIB 4-Vaccins bact. vivants : -BCG 5-Autre : -Coqueluche acellulaire	1-Atténué : -Polio orale -ROR -Varicelle -Fièvre jaune 2-Inertes : -Grippe -Hépatite B -Rage -Polio injectable

## 2-Généralités

Obligatoires en France	-BCG -DTP
CI chez l'ID	-BCG -Polio -Anti-amarile
Effets secondaires possibles	-Mineurs : point d'injection, fièvre, éruption, arthralgies, adénite, sd méningé, convulsions (coq, rougeole) -Majeurs : choc anaphylactique, sd des cris persistants, infection si ID
Indiqués spécifiquement	Pneumocoque Drépanocytaire, splénectomisé
	Grippe > 70 ans, drépanocytaire, insuffisance viscérale
	Hépatite B Santé, toxico, dialysé, risque sexuel
	Anti-amarile Voyage
	Typhoïde Voyage, militaires, labos
Anti-amarile	-Centre agréé, obligatoire pour certains pays -1 injection, valable pour 10 ans -10 j avant le départ -Effet secondaire : fièvre
Hépatite B	-3 IM à 1 mois d'intervalle -Rappel à 1 an

## 3-Calendarier vaccinal

1 <sup>er</sup> mois	-BCG
2 <sup>ème</sup> 3 <sup>ème</sup> 4 <sup>ème</sup> mois Rappel à 1 an	-DTPolio (rappel à 6, 11, 16 et 21 ans) -Coq (rappel à 6 ans) -HI B -Hép B (2 inj à 1 M d'intervalle, rappel dans l'année)
1 an	-ROR (rappel à 2 ans)
Adulte	-T Polio/10 ans -Hép B (exposés) -Rubéole sous contraception (femme en âge de procréer non vaccinée et non immunisée) -Si voyage (cf)
> 70 ans	-Grippe



# ANTIBIOTIQUES

## BASES :

CMI : sensibilité : Atb bactériostatique : sensible : CMI < (C sg) ; (t'es ma fée su zie fut)

CMB : bactéricide : Atb bactéricide : bactéricide si CMB ~ CMI temps dépendant ; concentration dépendante ; (vralf)

## MECANISME D'ACTION :

$\beta$ -lactamase ; mutation de la PLP

## ANTIBIOTIQUES ET CLINIQUE :

Atb CI pendant la grossesse (tes amis qui soulent Nicole) : tétracycline (tes), aminoside (amis) sauf nécessité, quinolone (qui), sulfamide (soulent) sauf toxo., phénicolé (Nicole)

Atb néphrotoxiques : aminoside, glycopeptide

Tiroir dossier : après les prélèvements, en urgence, sans attendre les résultats, probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme, bactéricide, voie IV, double  $\pm$ , synergique  $\pm$ , en l'absence de contre-indications, à bonne diffusion..., durée..., relais per os  $\pm$ , avec surveillance (pic sérique et concentration résiduelle)

## 1-Bases

<b>CMI :</b> <b>Sensibilité :</b> <b>Atb bactériostatique</b>	→ CMI : Concentration minimale inhibitrice de la croissance bactérienne in vitro
	→ Sensibilité : -Sensible : CMI < (C sg) -Sensibilité intermédiaire : CMI ~ (C sg) -Résistant : CMI > (C sg)
<b>CMB :</b> <b>Bactéricide :</b> <b>Atb bactéricide</b>	→ Atb bactériostatique : ( <u>t'es ma fée su zie fut</u> ) -Tétracycline ( <u>t'es</u> ) -Macrolide ( <u>ma</u> ) -Phénicolé ( <u>fée</u> ) -Sulfamide ( <u>su</u> ) -Synergistine ( <u>zie</u> ) -Fucidine® ( <u>fut</u> )
	→ CMB : Concentration médicale bactéricide avec un nombre de survivants inférieur ou égal à 0,01% de l'inoculum bactérien de départ → Bactéricide si CMB ~ CMI -Temps dépendant : $\beta$ lactamines, glycopeptides, FQ Staphylocoque -Concentration dépendante : Aminoside, FQ BG- → Atb bactéricide : ( <u>vralf</u> ) -Vancomycine -Rifampicine -Aminosides - $\beta$ -lactamines -FQ
<b>Dosage</b> <b>Test</b>	→ Efficacité : -CMI (bactériostase) -CMB (bactéricide) -PBS (bactéricide) -Pic sérique (aminoside) -Concentration résiduelle (glycopeptide) → Tolérance -Concentration résiduelle (aminoside)

(C sg) : concentration sanguine de l'Atb à posologie normale

## 2-Mécanisme d'action

Mécanisme d'action des Atb	→ Inhibition : -Synthèse paroi bactérienne -Synthèse acide folique -Dihydrofolate réductase -DNA bactérien -Transcription -Traduction
Résistance aux $\beta$ -lactamines	→ Acquisée, $\beta$ -lactamase ( : E. coli) → Acquisée, mutation de la PLP ( : Pneumocoque) → Résistance constitutionnelle ( : Staph Méti-R)

## 3-Antibiotiques et clinique

Atb CI pendant la grossesse  ( <u>tes amis qui soulent Nicole</u> )	-Tétracycline ( <u>tes</u> ) -Aminoside ( <u>amis</u> ) sauf nécessité -Quinolone ( <u>qui</u> ) -Sulfamide ( <u>soulent</u> ) sauf toxo. -Phénicolé (Nicole)
Atb néphrotoxiques	-Aminoside -Glycopeptide
Tirer dossier	-Après les prélèvements -En urgence, sans attendre les résultats -Probabiliste secondairement adaptée à l'antibiogramme -Bactéricide -Voie IV -Double $\pm$ -Synergique $\pm$ -En l'absence de contre-Indications -A bonne diffusion... -Durée... -Relais per os $\pm$ -Avec surveillance (pic sérique et concentration résiduelle)



